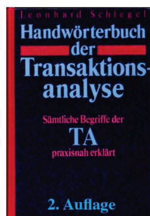
Handwörterbuch der Transaktionsanalyse

mit je einem Beitrag von
Hedi Bretscher (Beratung)
Fritz Wandel (Erziehung)
Bernhard Schibalski (Organisationsberatung)
Helmut Harsch (Seelsorge u. Transaktionsanalyse)



2. Auflage 2002 alle Rechte bei Leonhard Schlegel
im Internet unter „www.DSGTA.ch" für Fair Use
(Deutschschweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse)

„Die Transaktionsanalyse war und ist immer in Entwicklung und wurde schon zu Lebzeiten von Eric Berne und nach seinem Tod von verschiedenen seiner Schüler in verschiedener Richtig weiterentwickelt. S. 8/391

1. Abwehr und Verdrängung

„Abgewehrt, d.h. unbewusst gehalten, wird häufig, was Unlustgefühle mit sich bringt […] [.] Die Möglichkeit, etwas abzuwehren oder zu verdrängen, kann psychohygienisch gesund sein. Krankhaft wird eine Abwehr oder Verdrängung, wenn die Folgen zu einer dauernden und beeinträchtigenden Realitätsverkennung, zu neurotischen Symptomen oder zu Beziehungsstörungen führen." S. 10/391

„Suizidalität kann Folge einer Abwehr von Aggressionen gegenüber einem anderen sein: *Abwehrmechanismus der Wendung gegen sich selbst."* S. 10/391

2. Agieren und Ausagieren

„ […] wenn jemand außerhalb einer psychoanalytischen Behandlung unbewusst Vorstellungen, Phantasien und Erwartungen in die Realität >>hineinträgt<<. Führen diese dann noch zu unbedachten Impulshandlungen, wird häufig von Ausagieren gesprochen […] [.]" S. 11/391

Agieren und Ausagieren sind Begrifflichkeiten, die „aber auch außerhalb der Tiefenpsychologie zur Bezeichnung von unerwarteten heftigen impulsiven Handlungen verwandt wird." S. 11/391

3. Existential pattern analysis

Nach der Autorin ´Fanita English´ „wird der Mensch durch drei Antriebe beeinflusst: den Schlaftrieb, den Begeisterungstrieb und den Überlebenstrieb." S. 12/391 (S. 3)

„Umstände in der Gegenwart können die Überlebensschlussfolgerungen wieder auslösen, wenn Sie an die Kindheit erinnern und damit automatisch bestimmte Verhaltensweisen zur Folge haben." S. 12/391 (S.3)

4. Anstoß / Verführung, Herausforderung [provocation]

„Der Anstoß [come-on] ist bei Berne eine in Gebärden, Mimik, Worten oder Handlungen ausgedrückte Aufforderung einer realen Elternperson oder einer als innere Stimme erlebten verinnerlichten Elternperson […] [.]." S. 13/391 (S.4)
Man unterscheidet hier verschiedene Arten von Anstößen wie z.B. den direkten Anstoß, indirekten Anstoß, unterschwelliger Anstoß und den positiven Anstoß. Vgl. S. 13/391 (S.4)

4.1 direkter Anstoß

„Eine Mutter schenkt ihrem Sohn, der auf dem besten Weg ist, wie sein Vater Alkoholiker zu werden, ein Gebinde Wein zum Geburtstag." S. 13/191 (S.4)

4.1 indirekter Anstoß

„>>Achtung! Stolpere nicht über die Schwelle!<< ruft die Mutter ihrem vierjährigen Töchterchen zu, das ihr das Geschirr abräumen hilft. Dass es sich bei dieser Warnung um einen >>Anstoß<< handelt, ergibt sich daraus, dass die Mutter, nachdem das Töchterchen tatsächlich über die Schwelle gestolpert und hingefallen ist, meint: >>Hab´ ich mir ja gedacht!<< S. 13/391 (S.4)

4.2 unterschwelliger Anstoß

„Ein Vater tadelt seinen Sohn, weil er der Mutter Geld entwendet hat, aber kaum merklich lächelt er amüsiert dazu, weil er irgendwie stolz über dessen Keckheit. Für ein unbefangenes Kind kann das, was es an unterschwelligen Zeichen wahrnimmt, maßgebender für sein zukünftiges Verhalten sein, als was direkt ausgesprochen wird.“ S. 13/191 (S.4)

4.3 positiver Anstoß

„Mutter: >>Mit Englischkenntnissen kommt man heute durch die Welt! <<“ S. 13/391 (S.4)

5. Antiskript

„(1.) Einem Antiskript folge, wer ganz allgemein den Geboten und Verboten der Eltern zuwiderhandle; (2.) einem Antiskript folge aber auch, wer solche umgehe. (3.) Einem Antiskript folge, wer zeitweise Anweisungen der Eltern nachkomme, die seinem Skript widersprechen.“ S. 13/391 (S.4)

6. Antreiber

„erzieherisch gemeinte elterliche Aufforderungen (Anweisungen), die einem Kind bestimmte Verhaltensweisen vorschreiben, die es zu erfüllen trachtet, in seine innere Elternperson und in sein Skript übernimmt.“ S. 14/1(S. 5)

„Antreiber Kategorie Nr. 1 = Sei perfekt!

Antreiber Kategorie Nr. 2 = Gib dir Mühe!

Antreiber Kategorie Nr. 3 = Sei liebenswürdig! Gefall mir!

Antreiber Kategorie Nr. 4 = Beeil dich!

Antreiber Kategorie Nr. 5 = Sei Stark !“ S. 14/1(S. 5)

„Nach […] [Taibi Kahler] soll jede elterliche Aufforderung, welche zwingend das Verhalden des Kindes bestimmt, einem dieser Fünf Antreiber eingeordnet werden können. Der Begriff schließt die Feststellung mit ein, dass der Antreiber, unter dessen Einfluss jemand steht, beinahe jede seiner Äußerungen bestimmt oder mindestens färbt, sei es seine Körperhaltung, seine Gebärden und seine Mimik, sei es das, was er sagt und wie er es sagt, *in einem weiteren Sinn aber auch ganz allgemein seine Art, die Lebensaufgaben zu lösen.“ S. 14/391 (S. 8)

„Es sind nach Kahler zwar alle Antreiber jedem Menschen eingeprägt, aber jeweils steht einer im Vordergrund, ein anderer ist der zweitwirksamste usw. Nach Kahler scheint die Rangfolge der Antreiber persönlich und beruflich verschieden zu sein […] Nach Kahler werden die Antreiber von der negativ wohlwollenden >>Elternperson<< des Vaters oder der Mutter oder nach Kahler gleichbedeutend, vom Vater oder der Mutter in einer Retterrolle (Dramadreieck) dem Kind vermittelt, das ihn in seiner >>Elternperson<< verinnerlicht. S. 15, 16/391 (S.6, 7)

„Die Antreiber wirken sich deshalb negativ aus, weil sie als verbindliche Maximalforderungen wirken, obgleich sie nicht fortlaufend und ohnehin nicht in jeder Situation erfüllt werden können und es überdies gar nicht sinnvoll ist, sie immer zu erfüllen. Ein Versagen führt zu einem Unbehagen, zu trotziger Auflehnung oder einem Verfall an die negativen Grundbotschaften (Miniskriptablauf).“ S.16/391 (S.7)

7. Anweisungen / Vorschriften, Gegenskriptbotschaften [prescription]

„[…] eine gut gemeinte erzieherische Aufforderung von Eltern an ihr Kind, sich zu seinem Vorteil auf bestimmte Art zu verhalten (Berne 1972). Nach dem Modell von der Skriptmatrix werden die Anweisungen aus der wohlwollenden >>Elternperson<< ihrer Eltern, also den Großeltern des Kindes, zu. Sie folgen also, wie Berne meint, einer familiären Überlieferung.“ S. 17/391 (S.8)

„Berne geht davon aus, dass es sich bei den Anweisungen im Allgemeinen um konventionell gut bürgerliche Lebensregeln handelt […] Es gebe auch Anweisungen, die nur für die Mitglieder bestimmter Familien gelten […] [.] Es können sich Anweisungen der beiden Eltern widersprechen […]. Es ist aber auch möglich, dass von ein und demselben Elternteil widersprüchliche Botschaften ausgehen“ S.17/391 (S.8)

8. Arbeitsvertrag nach Steiner

„Zu Beginn einer Behandlung soll nach Steiner zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ein Vertrag geschlossen werden mit dem juristischem Gewicht eines wirklichen Vertrages: (1.) Gegenseitiges Einverständnis darüber, was durch die Behandlung erreicht werden soll [Mutual Consent]; (2.) Entgelt des Patienten [Consideration]; (3.) Vertragsfähigkeit des Patienten [Competency]; (4.) Das Ziel

der Behandlung soll moralisch und gesetzlich zulässig sein [Lawful Object] (Steiner 1974).“ S. 18/391 S. 9

9. Archetypus

„>>Archetypisch<< sind universelle Motive in Märchen, Sagen und mythologischen Vorstellungen. >>Archetypisch<< sind auch historisch durchgehende wissenschaftliche Ideen so von einer besonderen Kraft […]. >>Archetypische<< Gegenebheiten beeinflussten bedacht (z.B. in Religionen) oder unbedacht, das Erleben und Verhalten oder begründeten sogar Ideologien, ohne dass ihre Wirkung rational erklärbar wäre. S. 18/391 (S. 9)

10. Ausbeutung

„[…] handelt es sich doch bei der >>Ausbeutung<< nach English nicht um irgendwelche Arten von Gefühlen, sondern ganz einfach um eine Sucht nach Zuwendung und kann doch wohl von Gefühlen nicht gesagt werden, sie seien unersättlich. […] Die Unterhaltung zwischen dem Ausbeuter und seinem Gesprächspartner besteht nach English in Ausbeutungstransaktionen. S. 19/391 (S.10)

11. Ausblendung

„Der Begriff Ausblendung ist „im englischsprachigen transaktionsanalytischem Schrifttum mit dem Wort *discounting* [Abwertung] verbunden. Siehe auch *Missachtung!* […]

Unter Ausblendung [discounting] wird nach dem Vorschlag der Schiff-Schule in der Transaktionsanalyse die Verdrängung des Problems verstanden oder von den Möglichkeiten ein solches zu lösen. Statt von Verdrängung kann auch von Abwehr oder von einem Nicht-Zulassen zum Bewusstsein gesprochen werden.

Es kann (1.) die problematische Situation als solche verdrängt worden sein oder dann (2.) die Tatsache, dass eine Situation problematisch ist oder (3.) die Lösbarkeit einer problematischen Situation oder ist es (4.) möglich, dass sich der Betreffende nicht zumutet, eine ihm bekannte Möglichkeit einer Lösung des Problems auch zu ergreifen oder es können, wie ich von mir aus beifüge, Widerstände dagegen deren Verwirklichung verhindern.“ S. 21/391 (S.12)

„Jede Ausblendung entspricht dem, was in der angewandten Psychologie als *blinder Fleck* genannt wird. […] Es können nach Schiff drei Arten von Gegebenheiten als solche oder in ihrer Problematik ausgeblendet werden: (1.) *Eigenheiten bei mir selbst.*, z.B. exzessiver Alkoholgenuss […] (2.) Eigenheiten bei anderen […] (3.) Sachverhalte, z.B. dasss mir meine Wohnung gekündigt wurde oder das mein Benzinstandanzeiger auf null steht.“ S. 22/391 (S.13)

„Bemerkt ein Klient oder Patient nicht, dass ein Problem besteht oder findet er dessen Lösung nicht, stellt sich nach der *Ausblendungshierarchie die Frage:

1. Hat er eine grundlegende wahrnehmbare Gegebenheit nicht wahrgenommen? (Ausblendung der Existenz einer Gegebenheit.)
2. Hat er die Bedeutsamkeit und damit die Problematik einer Gegebenheit nicht erkannt? (Ausblendung der Bedeutsamkeit von etwas Wahrgenommenen und damit des Bestehens eines Problems.)
3. Übersieht er dass sich etwas ändern, das Problem sich lösen lässt, dass es erfolgsversprechende Möglichkeiten gibt einzugreifen? […]
4. Bringt es nicht fertig, im Sinn erkannter sinnvoller Möglichkeiten zu handeln? (Ausblendung eigener Fähigkeiten, Widerstände oder neurotische Bequemlichkeit.)“ S. 23/391, S.14

12. Autonomie

„[…] Frei nach Berne ist *autonom*, wer keine symbiotische Haltung einnimmt, wer die durch Eltern und die >>Gesellschaft<< vermittelten Werte nicht unbesehen übernimmt, wer sich von seinem Skript befreit hat, wer frei über seine Ich-Zustände verfügen und insbesondere als >>Erwachsenenperson<< ungetrübt urteilen, entscheiden und handeln kann. […] Berne setzt Autonomie manchmal einfach nur mit Skriptfreiheit gleich. […] In der Transaktionsanalyse wird Autonomie nie als Selbstherrlichkeit verstanden, sondern immer als mitmenschlich bezogene Autonomie.“ S. 24/391 (S.15)

13. Beelterung

„ist (innerhalb der Psychotherapie) jedes Verfahren zu nennen, bei dem sich ein Therapeut oder an seiner Stelle ein Gruppenteilnehmer wohlwollend elterlich um einen Patient kümmert. […]
ist ein therapeutisches Verfahren aus der Transaktionsanalyse, das sich von der Neubeelterung bei geisteskranken Jugendlichen ableitet, aber auch bei neurotischen oder >>gesunden<< Patienten durchgeführt wird. […] Sie erhalten von Therapeuten oder ausgewählten Gruppenteilnehmern diejenige Art der wohlwollender Zuwendung, die sie damals nötig gehabt hätten. Eine solche Beelterung im engeren Sinn wird immer erst nach einer genauen Abmachung (>>Vertrag<<) durchgeführt […]. S. 25 / 391 (S. 16)
„Clarkson u. Fish (1988) schildern eindrückliche Beispiele […] und sprechen von einer >>Erneuerung des >Kindes< << [Rechilding]. Daneben aber gibt es noch das Verfahren mit einer Gruppe von Patienten (oder Gesunden) gleichzeitig. […] >> Damit der Patient Hilfe erlangt, muss er eine korrigierende emotionale Erfahrung erleben, eine Erfahrung, die geeignet ist, den traumatischen Einfluss früherer Erfahrungen wieder gutzumachen. <<; Clarkson u. Fisch: >>Schaffung einer neuen Vergangenheit in der Gegenwart als Unterstützung für die Zukunft.<< S. 25, 26 / 391 (S. 16, 17)
„Es gibt Transaktionsanalytiker, die skeptisch sind, was die dauernde Wirkung dieses Verfahrens anbetrifft. Sie befürchten die Auslösung von unübersichtlichen Übertragungen und Gegenübertragungen, symbiotische Verquickungen (Symbiose) und Retter-Opfer-Verhältnissen (Dramadreieck). Freud würde sagen, sie führten zu keinem Gewinn an Autonomie.“ S. 27/391 (S.18)

14. Befehl als therapeutische Intervention

„Ein Befehl des Therapeuten an einen Patienten, selbstdestruktives, Verhalten zu unterlassen, nennt Steiner *Skriptantithese* oder einfach *Antithese*. Ein solcher Befehl ist eine Notmaßnahme, bevor die Behandlung weit genug gediehen ist, damit sich der Patient aus eigener Entscheidung von der Wirkung einer destruktiven Botschaft befreien kann. […] Es handelt sich bei einem Befehl um eine Intervention des Therapeuten als Elternperson an den Patienten als Kind wie bei einer Erlaubnis.“ S. 18

15. Behandlungsvertrag

„Der Abschluss eines so genannen Behandlungsvertrages ist eine grundsätzliche Forderung der transaktionsanalytischen Therapie. […] Der Behandlungsvertrag besteht in einer Übereinkunft über das Ziel einer Behandlung. Dieses Ziel darf jederzeit in beiderseitigem Einvernehmen geändert werden. […] Durch Erwähnung des Behandlungsvertrages kann ein Therapeut den Patienten besser mit einem Widerstand konfrontieren. Aber auch er selbst ist daran gebunden.“ S. 18
„Es kommt vor, dass der Therapeut dem Patienten helfen muss, überhaupt herauszufinden und zu formulieren, was er eigentlich will. […] Es ist häufig so, dass das ersterwähnte Ziel des Patienten gar nicht sein eigentliches Ziel ist. […] Manchmal ist ein Ziel in Nahziele und Fernziel umzuformulieren und dann zuerst ein Nahziel anzugehen.“ S. 19
„Einen Behandlungsvertrag aufzusetzen und das darin genannte Ziel als Richtlinie der Behandlung zu nehmen, hat zur Folge, dass Therapeut und Patient jederzeit wissen, was sie erreichen wollen; […] Der Behandlungsvertrag soll auch vermeiden, dass die Behandlung nicht zu einem endlosen Gespräch wird, in dem der Patient einfach nur Erleichterung darin findet, dass er dem Therapeuten seine Alltagsprobleme schildert oder immer wieder etwas anderes vorjammert und ihn allmählich als bezahlten Freund in sein Leben einbaut, ohne irgend eine Veränderung anzustreben (Widerstand). In diesem Sinn dient der Behandlungsvertrag einer >>Disziplinierung der Behandlung<< S.20

„Ein Behandlungsvertrag [besteht] aus fünf Fragen:

A. >>Was wollen Sie an sich ändern?<< […]

Das Ziel soll klar und einfach formuliert werden; manche Transaktionsanalytiker sagen, es müsse so formuliert werden, dass es ein achtjähriges Kind verstehen würde.

Formulierungen mit >>Ich möchte …<< oder >>Ich will versuchen…<<, >>Ich wünsche mir, dass …<<, sind zu verwerfen, da auch ihnen nicht der klare Willen hervorgeht, sich zu ändern. […]

Nur eine konkrete Formulierung, schafft auch die Möglichkeit, festzustellen, wann der Vertrag erfüllt sein wird, d.h. der Patient geheilt ist.

B. >> Wie werden Sie, wie werde ich, wie wird Ihr Umgebung im Alltag bemerken, dass Sie das Ziel erreicht haben?<< […]

C. >>Wollen Sie [wirklich] das [Ziel] erreichen oder meinen Sie nur, Sie sollten es erreichen ?<< […]

Mit dieser Frage soll vermieden werden, dass der Patient ein Ziel angibt, das ihm andere, z.B. die Eltern oder der Gatte, als wünschenswert hingestellt haben. Berne empfiehlt auch die Frage: >>Warum wollen Sie das erreichen?<< […] Wenn ein Patient garnicht persönlich hinter einem Ziel steht und trotzdem ein Behandlungsvertrag abgeschlossen wird, handelt es sich um einen >>Elternvertrag<< und die Behandlung wird scheitern, solange der Patient nicht motiviert ist. […]

D. >>Wie hindern Sie sich selbst daran, das zu erreichen, was sie erreichen wollen?<< oder >> Auf was werden Sie verzichten müssen, wenn Sie das erreichen wollen?<< […]

Müsste der Patient nicht auf etwas verzichten, hätte er das Ziel schon erreicht. Manchmal ist es möglich, damit auf wesentliche, wenn auch bewusstnahe Widerstände einzutreten, womit die eigentliche Behandlung beginnen könnte. […]

E. >>Was könnte ein erster kleiner Schritt in Richtung auf das erstrebte Ziel sein?<<“ S.20, 21

16. Beratung und Transaktionsanalyse

„Nach Hagehülsmann (1993, S.11) ist Beratung Unterstützung einer oder mehrerer Personen durch >>eine Person mit Kompetenz für ein bestimmtes Gebiet<< darin, >>einen Weg zu finden oder eine Entscheidung zu treffen, die gleicherweise der realen Situation angemessen ist und den individuellen Gegebenheiten Rechnung

trägt.<< […] Nach Giese und Melzer (1974) ist Beratung >>ein gezieltes und kontrolliertes Vorgehen einer zur Beratung legitimierten und somit kompetenten Person, das die Aufhebung der Ratlosigkeit, von Problemen und Konflikten durch methodische Interaktion anzielt.“ S. 22,23

„Beratung beinhaltet […] Vertragsarbeit, Beziehungs- und Problemlösungsprozess. Sie wird dann transaktionsanalytisch, wenn die Beratungsperson in der zwischenmenschlichen Beziehung die Grundhaltung der Transaktionsanalyse lebt, deren Ethikregeln respektiert und wenn sie mit ihrem spezifischen Fachwissen auch die schlüssigen Konzepte, Modelle und Methoden der Transaktionsanalyse, dem Beratungsauftrag und der Beratungssituation entsprechend, vertragsorientiert und wirksam anwendet. Transaktionsanalytische Berater integrieren in ihrer Arbeit auch Theorien und Methoden anderer Wissensgebiete und Schulen, um die Wirksamkeit ihrer Arbeit zu steigern.“ S. 23

Psychotherapie

„nach Hagehülsmann geht es in der Psychotherapie vermehrt um >>den Blick zurück<<, um die Überwindung alter Einschränkungen, um Heilung der Verletzungen der Persönlichkeit, um Stabilität und zwar mittels gefühlsaktivierenden Methoden und korrigierenden Erfahrungen. Im Verlauf der Psychotherapie würden immer wieder neue Probleme hervortreten oder die Probleme neue Facetten aufweisen und therapeutisch behandelt werden.“ S. 23

Beratung

„handle es sich hingegen um ein klar umrissenes Problem im Hier und Jetzt des Alltags. Das primäre Ziel der Beratung sei die Problemlösung, das Treffen einer Entscheidung, das Finden einer Richtung und die Entwicklung der Fähigkeiten und Stärken einer Person.“ S. 23

„Eine scharfe, sich gegenseitig ausschließende Unterscheidung von Psychotherapie und Beratung ist nicht möglich. Beratungsarbeit, wie man sie auch definiert, wird immer auch in eine Psychotherapie einfließen, genau so wie umgekehrt psychotherapeutische Elemente in eine Beratungstätigkeit. […] Beratung ist nicht Psychotherapie, kann aber durchaus therapeutische Wirkung haben. […]. S. 24

Der Beratungsprozess

„Bei der Analyse und Bearbeitung der Beratungssituation wird je nach Auftrag, die Klientin oder der Klient als biologisches, psychologisches und soziales Wesen, im Kontext ihrer sozialen und kulturellen Einflüsse, in der gesamten Lebenswelt, ganzheitlich betrachtet. Ein Teil der Beraterinnen und Berater bezieht auch die spirituelle Dimension mit ein in den Beratungsprozess.“ S. 25

„Mit transaktionsanalytischen Konzepten und kreativen Interventionen werden Klientinnen und Klienten befähigt, aus einer problematischen Art und Weise, das Leben zu bewältigen, herauszufinden. Sie entwickeln ein neues Verständnis gegenüber ihrer Problemsituation wie gegenüber ihrer eigenen Schwächen, Stärken und Ressourcen.

Sie erwerben sich im Verlauf der Beratung transaktionsanalytisches Wissen, um sich selbst und andere besser zu verstehen.

Sie lernen, unbefriedigte Verhaltensmuster zu durchbrechen, entdecken neue Sichtweisen und neue Ideen für die Problemlösung.

Sie entfalten entsprechende neue Verhaltensweisen für ihre Lebensgestaltung im Rahmen ihrer Möglichkeiten, welche Sie im Alltag bewusst einüben und reflektieren.“ S. 25

17. Beziehungsanalyse

„Für Berne muss bei einer Beziehungsanalyse berücksichtig werden, dass nicht alle Aspekte einer Beziehung damit erfasst werden. Sie muss deshalb vorsichtig durchgeführt werden […]. S. 30

Beziehungen, bei denen die Partner ihre Ich-Zustände immer wieder wechseln (>>zusammengesetzte Beziehungen<<), werden zwar immer wieder zu Missverständnissen, Unstimmigkeiten und Spielen Anlass gegeben, aber dauerhafter sein, weil sie vielfältigere Befriedigungsmöglichkeiten bieten und weil sie […] anregender und stimulierender sind.“ S. 31

18. Bezugsrahmen

„Ich verstehe unter *Bezugsrahmen* >>die Realität, in der jemand lebt<<.“ S.31

„Nach Berne sind die drei Ich-Zustände ein und desselben Menschen so verschieden wie drei verschiedene Personen […]. Damit will er sagen, dass ein und

dasselbe Ereignis, je nach vorherrschendem Ich-Zustand, verschieden ausgelegt zu werden pflegt […]

Echtes Verständnis zwischen zwei und mehr Menschen ist nur gewährleistet, wenn Ihr Bezugsrahmen sich mindestens im Bereich des behandelten Themas decken oder doch so ähnlich sind, dass bei entsprechender Bereitschaft eine gegenseitige Angleichung im Laufe des Gesprächs stattfinden kann. Bei einer solchen Angleichung kann ein Gesprächsteilnehmer diesbezüglich eine dominantere Position einnehmen, der andere eine anpassungsbereitere.

Wenn jemand einen anderen auf einer Verfolgerrolle (Dramadreieck) kritisiert, kann der Kritisierte einer Opferrolle verfallen, indem er sich mit großen emotionalem Aufwand zu verteidigen oder zu rechtfertigen versucht.

Es kann diese Situation zum Ausganspunkt für manipulative Spiele werden, wenn die Beteiligten nicht bewusst ihre Bezugsrahmen vergleichen (>>Metakommunikation<<). Dazu gehört auch die Klärung der verschiedenen Bedeutung, die sie einzelnen Worten geben. […]

Wenn ein Patient überrascht sagt: >>So habe ich die Sache noch nie gesehen!<<, hat er seinen Bezugsrahmen geändert […]. Auch infolge anderer als durch Psychotherapie vermittelter Erlebnisse kann sich ein Bezugsrahmen ändern. […] Nach Steward u. Joines kann das Skript als ein starrer Bezugsrahmen aufgefasst werden, der hartnäckig aufrecht erhaltene Ausblendungen und meines Erachtens auch andere Realitätsverkennungen miteinschließt.“ S.32

19. Borderline-Störung

„eine Störung des Erlebens und Verhaltens, die sozusagen zwischen den Neurosen und Psychosen liegt und einen eigenen Krankheitswert hat. […] [Die] Krankheit zeigt auch bei längerer Beobachtung keine Verschlimmerungen, aber auch keine spontanen Verbesserungen, weshalb sie zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt wird. (1.) […] durch ungebundene Ängste, Phobien, Zwangssymptomen, Konversionssymptome, häufig bizarr,- durch Impulsdurchbrüche in oft abartiger sexueller, süchtiger oder aggressiver Beziehung, (2.) durch flüchtige psychosennahe oder psychotische Episoden, meist ausgelöst durch äußere Ereignisse, (3.) durch starke Wutaffekte, depressive Verstimmungen, Gefühle von Sinnlosigkeit und Leere, (4.) durch Angst vor Nähe und zugleich vor

Verlassenwerden, (5.) durch mangelhafte Abgrenzung gegenüber anderen bei unsicheren Identitätsgefühl. […] Der Patient hat, wie bereits erwähnt, die Neigung, sich selbst wie sein Gegenüber als entweder radikal böse oder absolut gut zu erleben.“ S. 33

„Nach psychoanalytischen Autoren braucht die Behandlung einer Borderline-Störung meistens eine lange Zeit, oft jahrelang, um den Patienten zu ermöglichen, sich im Sinn des Behandlungs- oder Arbeitsbündnisses selbst beobachten zu können. […] Bei einer transaktionsanalytischen Behandlung spielt ganz allgemein der Hinweis auf die Realität und die Aufhebung von Realitätsverkennungen eine ganz wichtige Rolle.“ S.34

„Dem Borderline-Patienten sind nach psychoanalytischer Ansicht auch die Phantasien bewusst zu machen, die für seine Schicksalsneurose verantwortlich sind. Damit sei eine Neigung zur Fremdbestimmung durch eine >>sichere eigene Identität<< zu ersetzen.“ S. 35

20. Charakterneurose

„Von Charakterneurosen wird gesprochen, wenn nicht in erster Linie einzelne Symptome wie Ängste, Zwänge, funktionelle Störungen der Wahrnehmung und Bewegung auf eine erlebnisbedingte [psychogene] Störung schließen lassen, sondern gewisse Eigenheiten des Charakters. […] Nach Reich ist der neurotische Charakter eine Panzerung des Ichs gegen innere Triebgefahren und Gefahren der Außenwelt. Wenn Eigenheiten des Charakters Ausdruck einer Abwehr sind, so bieten sie einer Behandlung im Allgemeinen besonders hartnäckigen Widerstand, *Charakterwiderstand*.“ […] Die Deutung neurotischer Charakterzüge ist oft deshalb schwierig, weil sich der Patient damit zu identifizieren pflegt. >>Ich bin halt so!<< (Sackgasse). […] neben der in der Psychoanalyse üblichen Bearbeitung der Vergangenheit ebenfalls wichtig: (1.) die Bearbeitung der gegenwärtigen Erlebens- und Verhaltensweisen, (2.) die Kenntnisnahme und das Lernen von alternativen Beziehungsmustern und (3.) die <<Einübung solcher Beziehungsmuster, bis sie ein Teil einer neuen Identität des Patienten geworden sind>>, also neben Konfliktberatung auch <<soziales Lernen>> […] S. 37

21. Dämon

„umschreibend lässt sich aber sagen, dass Berne plötzlich auftauchende Impulse in einem Menschen mit einem Dämon vergleicht. Er werde meistens als auffordernde innere Stimme erlebt. Wer nach Berne seinem Dämon folgt, wird in einem entscheidenden Augenblick zu einem Verlierer oder zu einem Gewinner werden. […] Durch Sokrates und die platonische Schule kam die Vorstellung auf, dass jedermann von Geburt auf durch einen auf ihn persönlich bezogenen Dämon geschützt und moralisch geleitet werde. [(Anmerkung des Zusammenfassers: „geschützt und moralisch geleitet durch einen Dämon?“)] […] der Dämon könne ausnahmsweise auch unvermittelt Freude bereiten. Sei er aus einem Feind zu einem Freund geworden, fügt Berne ohne ausreichende Erläuterung bei, dann habe es der Betreffende endgültig geschafft.“ S.38

22. Deckerinnerung

„ist nach Freud eine deutliche, aber scheinbar belanglose Erinnerung an ein Erlebnis aus der Kleinkindheit […]. S. 39

23. Delegation

„ist ein persönlicher, aber unbedachter >>Auftrag<< von einer der Elternpersonen an einen Ihrer Nachkommen. Dieser Auftrag besteht darin, stellvertretend etwas zu leben, das zu leben die Lebensumstände dem Auftraggeber nicht gestattet haben oder nicht gestatten oder was dieser nicht zu leben wagte oder wagt oder was zwar ihm eigene Wesensseiten entsprechen würde, aber seinem Selbstbild widerspricht. Zum Begriff gehört, dass derjenige, der den Auftrag erhalten hat, sich verpflichtet erlebt, ihn zu erfüllen, wodurch sein Lebensstil in wesentlichen Zügen geprägt wird. Diese Verhältnisse sind den Beteiligten nicht klar bewusst.“ S. 39

„Jürgen Will (1985) meint, ein Kind könne sich wahrscheinlich ohne Erwartungen der Eltern garnicht entwickeln. Solche könnten auch ein Kind positiv fördern. […] Die Erwartungen, die sich als Delegation auswirken, entsprechen einem inneren Konflikt des Delegierenden und werden auch nicht klar und offen vertreten.“ S.40

24. Denkstörungen

„Von J. Schiff und ihren Mitarbeitern werden vier Denkstörungen [thinking disorders] aufgezählt; die es verunmöglichen, sachliche Überlegungen zur Lösung eines Problems anzustellen: (1.) Überdetaillierung, (2.) Übergeneralisierung, (3.) Eskalation, (4.) Mangel an Vorstellungsvermögen […]

Die ***Überdetaillierung*** ist eine nur gedankliche oder auch sprachlich geäußerte Überschwemmung mit Einzelheiten, unter denen verschwindet, was wesentlich ist.

–

Unter ***Übergeneralisierung*** verstehen die Autoren unbeantwortete Fragestellungen (>>Was verstehst du unter Liebe?<<, >> …unter dem Sinn des Lebens?<<); andere Transaktionsanalytiker verstehen darunter Aussagen, die als Gegensatz zur Überdetaillierung stets nur im Allgemeinen bleiben. -

Eine ***Eskalation*** ist die Aufblähung einer einfachen Sachfrage zu einem großen Problem, […]

Ein ***Mangel an Vorstellungsvermögen*** kann z.B. realistische Zielsetzungen und Zukunftspläne verunmöglichen. […]

[Berücksichtigt sollte werden, dass] bei den Betreffenden gewisse >>Denkabläufe<< nicht zur Verfügung stehen [are not avaiable] [oder die] >>Denkstörungen<< von Menschen, die nicht psychotisch sind, aber der Lösung von Problemen ausweichen.“ S. 40,41

„Diese Aufzählung der von der Schiffschule entwickelten sog. Denkstörungen stellt Ungleichartiges nebeneinander und ist unvollständig.“ S. 41

25. Depression, Enttäuschung, Verzweiflung

„Eine *Depression* stellt sich nach Berne ein, wenn jemand sich selbst auf Grund von außen übernommener, aber verinnerlichter Wertmaßstäbe moralisch abwertet.

[…]

Eine (existentielle) Enttäuschung ist nach Berne die Folge der Einsicht, dass eine grundlegende Erwartung an das Leben eine Illusion gewesen ist. […] [„Es ist manchmal undankbare Aufgabe des Psychotherapeuten, bei einem Patienten diese Enttäuschung auszulösen.“ S. 41]

Einer Verzweiflung verfällt nach Berne, wer in der Durchsetzung seines Selbst- und Weltbildes, in einem Identitätsgefühl wurzelt, scheitert.“ S.41

26. Deutung als therapeutische Intervention

„Mit einer Deutung, die immer nur eine Vermutung ist, wir d eine verwandelnde Einsicht angestrebt, die den Bezugsrahmen des Patienten verändert. Trifft die Deutung. Führt sie beim Patienten zu einer Betroffenheit; kommt sie nicht an, führt sie zu Unverständnis oder bleibt als Frage stehen; wird sie mit heftigen Emotionen abgelehnt, besteht der Verdacht, dass der Patient seine Betroffenheit abwehrt. […] „ S. 43

27. Dramadreieck der manipulativen Rollen

„In bildlicher Darstellung werden die drei manipulativen Rollen in einem Dreieck aufeinander bezogen: *Dramadreieck*.

Obgleich fast jeder von uns bereits in Alltagssituationen, erst recht in kritischen Situationen, die Neigung hat, eine bestimmte der drei Rollen bevorzugt einzunehmen, kann es bei Auseinandersetzungen immer wieder wie im Märchen zu Rollenwechseln kommen.“ S.44

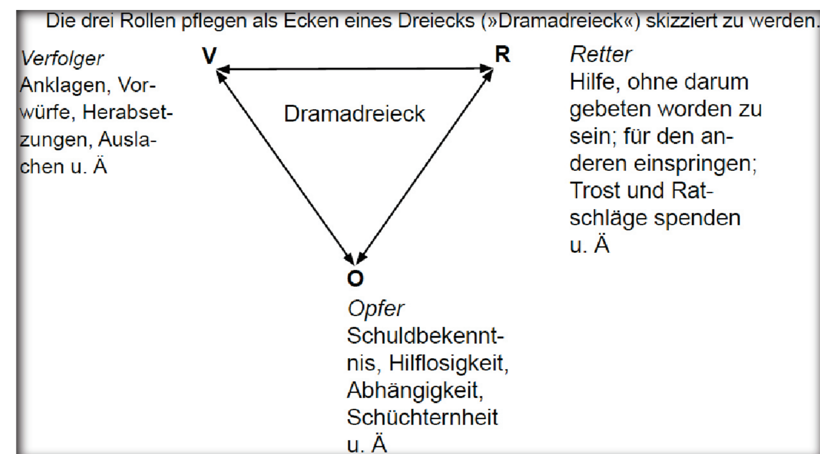


Abbildung 1: Dramadreieck, S. 44

„Die Verfolger- oder die Retterrolle einerseits und die Opferrolle andererseits stehen zueinander im Verhältnis von Gegenrollen, wobei zwei verschiedene Opferrollen denkbar sind:

Eine, die eine Verfolger- und eine, die eine Retterrolle >>verlangt<<.

Die Opferrolle braucht keine passive Rolle zu sein. Wer sich anderen in einer Opferrolle vorstellt, dem gelingt es [bei dem Gegenüber] erfahrungsgemäß besonders oft, diese [Person] zu veranlassen, eine Verfolger- oder Retterrolle einzunehmen.

In manipulatorischer Beziehung ist die Opferrolle in unserer Gesellschaft besonders >>mächtig<< ! Meiner Erfahrung ist es eine Rolle, die beliebt sein kann, weil sie von Verantwortung entlastet. […]

Nach meiner Erfahrung, gibt es Personen, die sozusagen immer jemanden aus einer dieser drei Rollen ansprechen. Reagiert der Angesprochene nicht aus einer Gegenrolle oder lässt sich nicht in eine solche hineinmanövrieren, verlieren sie entweder das Interesse an der Beziehung oder versuchen es manchmal mit einer anderen der drei Rollen.

Wer autonom ist und die Grundeinstellung >>Ich bin O.K. und du bist O.K.<< einnimmt, wird weder aus einer dieser Rollen agieren noch sich in eine dieser Rollen hineinschieben lassen. […]

Es gibt […] soziale und politische Situationen mit echten Verfolgern, Rettern und Opfern. Diese dürfen nicht mit den hier gemeinten manipulativen Rollen verwechselt werden.“ S. 45

28. Dreiecksvertrag

„Nach der Transaktionsanalytikerin Fanita English kann an einem Seminar eine ungute Atmosphäre entstehen, wenn die Erwartungen zwischen Seminarleiter und Teilnehmer nicht aufeinander abgestimmt sind, wobei auch noch die Erwartungen des Auftraggebers zu berücksichtigen sind. […] Es werden dann die Erwartungen aufeinander abgestimmt, was English als >>Vertrag<< bezeichnet. […]

Sind die Erwartungen zwischen Seminarleiter und Seminarteilnehmer, zwischen Berater und Klient, zwischen Psychotherapeut und Deliquent nicht aufeinander abgestimmt, leidet die Beziehung.“ S. 46, S. 47

29. Durcharbeit

„die Einübung und >>Umerziehung<< […], durch die eine in der Psychotherapie gewonnene Einsicht zu einer entsprechenden Veränderung des Erlebens und Verhaltens im Alltag führt […]

Häufig wird auch von *Durcharbeit* gesprochen, wenn ein Therapeut und Patient immer wieder erneut ein Problem aufgreifen, das noch nicht zu ihrer Zufriedenheit geklärt und gelöst ist.“ S. 47

„Freud schreibt, dass ein Patient manchmal Zeit brauche, um trotz Einsicht einen letzten Widerstand durchzuarbeiten. Dieser >>letzte Widerstand<< wird mit anderen Bemerkungen von Freud in Beziehung gesetzt, in denen er von >>psychischer Trägheit<<, >>Klebrigkeit der Libido<<, >>Erschöpfung … der Fähigkeit zu Abänderung und Weiterentwicklung<<, >>Wiederholungszwang<< schreibt, die einer endgültigen Heilung im Wege stünden. S. 47,48

„W.H. Holloway […] betrachtet die Durcharbeit allerdings auch auf etwas gerichtet, das als >>letzter Widerstand<< bezeichnet werden könnte. Dieser besteht nach ihm aber in einer Realitätsverkennung, die auf der Befolgung elterlicher Gebote und Verbote zurückgehe, deren Auswirkung durch Konfrontation aufzuheben sei.“ S. 48

30. Echtheit [authenticity]

„eine Deckung zwischen Verhalten oder Äußerung und innerem Erleben. So kennt auch Berne echte *Gefühlsäußerungen*, z.B. echte Tränen, und solche Tränen, die um des dramatischen Effektes Willen vergossen werden. […]

[Echtheit ist aber auch] eine Unmittelbarkeit in der Beziehung, wobei der Betreffende weder daran, interessiert ist, einen >>guten Eindruck<< zu machen, noch daran, den oder die Beziehungspartner in irgend einer Weise auszunützen.

Er lebt dann sein >>echtes Selbst<<, wie er ein solches als unverdorbenes Kleinkind einstmals seiner Mutter gegenüber ausgetragen habe.[…] S.48

„ein Therapeut, der sich dafür einsetzt, seine Patienten zu heilen, sei echt; ein Therapeut, der bestrebt ist, den Ruf eines guten Therapeuten zu erlangen, sei unecht.“ S. 48, 49

„Berne sieht es als eine der Aufgaben eines Therapeuten an, seine Patienten zu *Echtheit* zu veranlassen, weswegen er auch die Patienten ausgesprochen oder unausgesprochen auf einen *Echtheitsvertrag* verpflichtet sehen möchte. […] S. 49

31. Einsicht

„Einsicht […] geht mit Gemütsbewegungen einher und führt zudem zu einer Auflösung oder Veränderung bisher gewohnter Erlebens- und Verhaltensmuster […].

Es handelt sich um […] eine Einsicht, die durch Realitätsprüfung gewonnen wird, also - in der Sprache der Transaktionsanalyse – um die Behebung von Trübungen.

[…]

Von der Einsicht [wurde] eine Verwandlung der Persönlichkeit erhofft. […] unter Einsichten in der Psychotherapie [werden] immer verwandelnde Einsichten gemeint, die sich im Rahmen […] [von] therapeutischen Beziehungen ereignen.

[…]

„Es gibt Patienten, bei denen eine solche Einsicht erst >>durchgearbeitet<< werden muss, damit sich ihre Erlebens- und Verhaltensweisen in Bezug auf dieses Problem für dauernd verändert.“ S. 51

32. Einstellung

„eine allenfalls nur zeitweilige oder aber im Wesen der Persönlichkeit verankerte Bereitschaft zu bestimmten Wahrnehmungen oder Reaktionen: >>Die Einstellung kann als gewöhnliche Aufmerksamkeit eine relativ unbedeutende Teilerscheinung sein oder auch ein die ganze Psyche bestimmendes Prinzip.“ S. 52

33. Eltern-Interview

„Mit dem Ausdruck *Elektrode* will Berne veranschaulichen, wie bei einem Kleinkind und später aber auch bei Jugendlichen und Erwachsenen verinnerlichte frühe Gebote und Verbote der Erziehungspersonen ohne Erinnerung und Überlegung, sozusagen reflexhaft oder automatisch zu bestimmten Impulsen oder Hemmungen führen können. […] Jemand muss sich nach Berne der Szenen bewusst werden, bei denen ihm >>die Elektroden<< eingepflanzt worden seien, um

das elterliche Programm und die Illusionen, die damit verbunden seien, aufzuheben und wahrhaft frei seine Entscheidungen treffen zu können“ S. 52

34. Emotionale Erpressung

„Gefühle oder Gefühlsäußerungen, wie Tränen und Wut, […] die ausgespielt werden, um andere unter Druck zu setzen und zu manipulieren. […] Dieses Verfahren, um sich durchzusetzen, wird nach Ernst [Franklin Ernst] in der Kindheit erlernt. […] Wir müssen uns nun allerdings davor hüten, jede heftige Gefühlsäußerung immer gleich als Erpressungsversuch auszulegen.“ S. 55

35. Entfremdungserlebnisse

„Was wahrgenommen wird, Menschen und Gegenstände, kann als unwirklich oder immerhin als eigentümlich fremd, auch entfernt erlebt werden (Derealisation). […] Derartige Erlebnisse kommen in Krisensituationen vorübergehend auch bei als gesund geltenden Menschen vor, typischer aber bei Neurosen und ausgesprochener und dauerhafter bei Geisteskrankheiten.“ S.58

36. Entwicklungskreislauf nach Pam Levin

„Die Transaktionsanalytikerin Pam Levin unterscheidet verschiedene hintereinander folgende geistig-seelische *Entwicklungsstadien* beim Kind und Jugendlichen:

(1.)das Stadium >>reinen Daseins<< beim Säugling,
(2.)das Stadium des Erkundens beim Kriechen und frühen Gehen
(3.)das Stadium der Übung in logischen Überlegungen und Ausprobieren der Eigenständigkeit beim jungen Kleinkind,
(4.)das Stadium der Identitätsuche beim älteren Kleinkind,
(5.)das Stadium des Erwerbs von Fertigkeiten im Grundschulalter
(6.)das Stadium biologischen Umbruchs in der Pubertät. [...]

7 Stadium: Erwachsenenalter

Ein Erwachsener kann nach Levin die genannten Stadien wieder durchleben […] Sie schreibt auch, dass äußere Ereignisse die Wiederholung gewisser Stadien

auslösen könnten, z.B. ein >>Mitwachsen<< mit eigenen Kindern oder Schülern oder einschneidende äußere Ereignisse." S.59,60,61

37. Erklärung als therapeutische Intervention

„die Auslegung einer Situation oder eines Vorganges bei einem Patienten diesem gegenüber durch die Anwendung von Lehre […] [eine Person] von Trübungen zu befreien oder neu zu orientieren." S. 63

38. Erlaubnis und Erlaubsnistransaktion

„Erlaubnisse sind therapeutische Interventionen, die Par Crossman erstmals beschrieben und die Berne später als für die Heilung entscheidend bezeichnet hat.

„Es handelt sich um suggestiv wirksame verbale (oder adverbale) Äußerungen, die denjenigen, an den sie sich richten, vom Zwang befreien, sich lebensfreindlichen inneren Beschränkungen zu unterziehen, die ihm in der Kleinkindheit auferlegt worden sind oder die er sich später selbst auferlegt hat. Erlaubnisse sind wie Befehle Skriptantithesen.

Es gibt *Erlaubnisse* der Eltern gegenüber ihren Kindern und *Erlaubnisse* von Therapeuten gegenüber ihren Patienten. Ihr Wirksamkeit setzt, wie bei Fremdsuggestionen allgemein voraus, dass derjenige, der die Erlaubnis gibt, über Autorität verfügt, d.h. von demjenigen, dem er sie gibt, als solche erlebt wird. (Therapeutische Triade). […]

Berne beschreibt sein Vorgehen, wie er als Therapeut einem Patienten eine Erlaubnis zu erteilen pflegt, und das er *Erlaubnistransaktion* nennt. […]

Einer echten Erlaubnis fehlt jeder zwingende Charakter. […] Berne unterscheidet positiv und negativ formulierte Erlaubnisse voneinander.

Positive richteten sich gegen Botschaften, die lebensfeindlichen Verboten entsprechen […]. Negative würden sich gegen lebensfeindliche Gebote richten, etwas bestimmtes zu tun, z.B. die Erlaubnis >>Du hast es nicht nötig, deine Männlichkeit mit Trinken zu beweisen<<!" S. 63,64,65

„Meines Erachtens sind Erlaubnisse, wenn immer möglich, positiv zu formulieren, so ist z.B. die Erlaubnis, nüchtern zu bleiben und klar zu denken, der Erlaubnis, nicht mehr zu trinken vorzuziehen.

Die Erlaubnis zufrieden zu sein, ist wirksamer als die Erlaubnis, nicht mehr unzufrieden und mürrisch durch die Welt zu gehen. […]

Im Grunde genommen ist jede Erlaubnis auf die Dauer nur wirksam, wenn sie verinnerlicht worden ist. Sie wirkt, wenn sie vom Patienten verinnerlicht worden ist, wie eine Neuentscheidung auf Dauer. […]

Eine Erlaubnis ist auch dann wirksam, wenn sie im entscheidenden Augenblick ohne Vorbereitung von einem erfahrenen Psychotherapeuten formuliert wird. Auch eine positive Zuschreibung kann die Wirkung einer Erlaubnis haben." S. 64, 65

39. Erlösungsbotschaft auch: Bannbrecher

„ dass es nach Berne *realistische Erlösungsbotschaften* gibt […], dass es *unrealistische* oder *illusionäre Erlösungsbotschaften* gibt. […] und dass es *zweifelhafte* oder, wie Berne selbst schreibt, *ironische Erlösungsbotschaften* gibt. […] Vielleicht machen solche *Erlösungsbotschaften* das Leben für manche Menschen erst erträglich, da sie einer Hoffnung, allenfalls auch nur auf ein besseres Jenseits, entsprechen. […] Wenn eine realistischer Erlösungsbotschaft besteht, ließe sich höchstens sagen, dass ein Verliererskript oder banales Skript in ein Gewinnerskript umschlagen könne […]. S.66, 67

„Beispiele:

1. >>Wenn du einmal drei Kinder bekommen hast, kannst du das Leben genießen!<< […]#
3. >>Du kannst ausspannen, wenn du einen Herzinfakt bekommen hast"<<
4. >>Alles wird besser, wenn du einmal tot bist!<<

40. Ersatzgefühl [substitution factor]

„ein Gefühl, das anstelle eines anderen, der Situation angemesseneren Gefühls zu treten pflegt, weil dieses in der frühen Kindheit verdrängt worden ist und abgewehrt wird (Abwehr/Verdrängung). Die Eltern hatten auf seine Äußerung negativ reagiert. […] Ersatzgefühle wiederholen sich in den verschiedensten Situationen auf immer wieder gleiche Weise. Sie passen nach ihrer Art nicht zur Situation, durch die sie ausgelöst werden oder treten in übertriebener Intensität auf. […]

Nach English erscheinen die Gefühle (genauer: Gefühlsäußerungen) dem aufmerksamen Beobachter >>aufgesetzt<<, >>künstlich<<. Sie hätten den

<<falschen Ton<<, den >>falschen Geschmack<< und lösten im Beobachter ein Unbehagen aus. Nach meiner Erfahrung können die als Ersatz auftretenden Gefühle, Empfindungen oder Verhaltensweisen durchaus echt anmuten." S.67, S.68

41. Erziehung im Sinn der Transaktionsanalyse

A. Erziehung, Beratung, Psychotherapie

„Trotz […] [einer] nahen Verwandtschaft zwischen Erziehung und Psychotherapie gibt es zwei wesentliche, jedoch oft übersehende Unterschiede: (1.) Erziehung ist nur möglich unter der Voraussetzung, dass der Erziehende sich zumindest provisorisch seiner Ziele sicher ist. Hinzu kommt, […] dass Erziehung im Rahmen einer hierarchisch strukturierten Beziehung und vielfach innerhalb eines Zwangsverhältnisses stattfindet.

Anders gesagt: Psychotherapie und Beratung finden auf Grundlage eines Vertrages zwischen gleichberechtigten Personen statt, der von beiden jederzeit gekündigt werden kann. Auch wenn sich der Klient zeitweilig in emotionale Abhängigkeit vom Therapeuten begibt, was unter Umständen bewusst induziert wird, […]. […] Erziehung ist dagegen keine Dienstleistung. Der Erzieher ist ethisch und rechtliche gebunden, besitzt jedoch gegenüber dem Edukanten ein Recht auf Erziehung, das dieser nicht ohne weiteres kündigen kann. […]

Die Struktur der Erziehung ist also weniger >>modern<< als die der Psychotherapie, sie entspricht eher den Beziehungsmodellen älterer und nicht >>demokratischer<< Zeiten, und hier liegt auch ein Grund für die Krise der Erziehung und für die Faszination, die für viele Erzieher von therapeutischen und beraterischen Ansätzen ausgeht, […]. S. 68, 69.

B. Erziehung und Transaktionsanalyse

„Die Anwendung der Transaktionsanalyse im Bereich von Erziehung und Unterricht gehört in diesen Zusammenhang einer psychotherapeutisch orientierten alternativen Pädagogik. […] Die TA ist wirksam und kann mit unmittelbar sichtbarem Erfolg eingesetzt werden, was auch ihre Beliebtheit in Bereichen wie Personalführung und Kundenberatung erklärt. […] Der Stil der praktischen Anwendung der Transaktionsanalyse trägt viele im besten Sinne pädagogische Züge." S. 69

„Vom Transaktionsanalytiker wird >>Potenz<< erwartet, […] besitzt er diese Potenz, wird es ihm gelingen, bewusste und unbewusste Ausweichmanöver des Klienten zu >>konfrontieren<< d.h. beim Namen zu nenne und damit zu vereiteln, eine Fähigkeit, die sich jeder Erzieher nur wünschen kann." S. 70

42. Fragestellung als therapeutische Intervention

„Es ergibt sich aus diesem Zusammenhang, dass Berne Fragen meint, die sich auf den Lebenslauf des Patienten beziehen. Sie dienen dazu, klinisch entscheidende Punkte klarzustellen. […] Daneben lassen Sie den Patienten auch erkennen in welcher Richtung der Therapeut näheres wissen möchte." S. 71

43. Galgenlachen und Galgentransaktion

„selbstschädigendes Verhalten [wird] mit einem Lächeln oder Schmunzeln begleitet (Galgenlachen). Auch diejenigen, denen er von seinem >>Missgeschick<< erzählt, lachen oder schmunzeln oft dazu oder äußern sich sonst vergnügt (Galtentransaktion)." S. 72

„Als Musterbeispiel berichtet Steiner von einem Alkoholiker, der in einer Gruppe von seinem Alkoholismus geheilt werden sollte, aber dann in einer Sitzung, durchaus nicht geknickt, sondern mit einem verhaltenen Schmunzeln berichtet, wie er sich letzthin wieder zu seiner Sauftour verführen ließ. Auch die Zuhörer strahlen >>verständnisvoll<< dabei. Im Grundegenommen sei es das Schmunzeln der Hexeneltern (innerer Saboteur), die sich darüber freuen, dass der Betreffende anscheinend doch sein Gebot erfüllt: >>Richte dich langsam zugrunde!<<. Das Lächeln der Zuhörer fördert, dass der Betreffende einen Schritt weiter auf sein Skriptziel zugeht." S. 72

„Der Therapeut sollte nach Steiner in einer Gruppe nicht in ein Galgenlachen einstimmen, um dessen Skriptabhängigkeit nicht gleichsam noch zu belohnen, sondern um ihn zum Widerstand gegen […] seinen (inneren) Feind (inneren Saboteur) zu ermutigen" S. 72

44. Gefühle zur Entscheidung als Racket (Masche)

„Gefühle, die zur Entscheidung für Bequemlichkeit dienen […]. Nach den Autoren werden solche Gefühle zufällig oder durch Nachahmung erlernt und dann >>gestreichelt<<, meistens durch die Eltern. Dieselben Autoren sprechen auch von einem Racket, wenn ein Gefühl auftritt, das weniger gefährlich, schmerzlich oder verwerflich empfunden wird, als das ursprüngliche Gefühl.

45. Gegenskript

„Nach Berne bestimmt das Gegenskript den Lebensstil und das Skript bestimmt das schlussendliche Schicksal. […] Zeitweilige Befolgung eines Gegenskripts kann nach Steiner und anderen Transaktionsanalytikern immerhin ein Weg sein, um eine Befreiung aus einem negativen Skript in der Therapie zu fördern.“ S. 74

46. Gestalttherapie und Transaktionsanalyse

„Die Gestalstherapie konzentriert sich ganz auf das Erleben des Klienten, der als eine untrennbare Einheit von Körper, Seele und Geist aufgefasst wird. Es kommt darauf an, was jeder und damit auch der Klient hier und jetzt erlebt und nicht darauf, was für Vorstellungen und Gedanken er sich über irgendetwas macht. Er soll lernen, unmittelbar wahrzunehmen [to be aware], was in und außer ihm ist und vorgeht. Dabei geht es auch darum, dass er seine Bedürfnisse spürt und sie fortlaufend unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten und der sozialen Situation befriedigt.“ S.76

„Eines der bekanntesten Verfahren der Gestalttherapie ist die Auseinandersetzung mit Beziehungspersonen >>im Hier und jetzt<<, indem der Patient vor sich einen leeren Stuhl gesetzt bekommt, in dem er sich denjenigen Menschen sitzend vorstellt, mit dem er Schwierigkeiten hat und sich ihm gegenüber ausspricht, dann den Stuhl wechselt und als die angesprochene Person, sich mit ihr identifizierend, antwortet, dann wieder sich auf den anderen Stuhl begibt und nun als sich selber spricht usw.“ S. 78

„Eine ganz entscheidende Gemeinsamkeit zwischen Gestalttherapie und Transaktionsanalyse ist die Hochwertung der Selbstverantwortlichkeit (Leitziele) und damit des Verzichtes auf eine symbiotische Haltung (Symbiose) und das bestreben nach Echtheit!“ S. 78

„Berne zählt die Transaktionsanalyse zur Sozialpsychiatrie. Eine gesunde ungestörte Beziehung zwischen den Menschen ist sein wichtigstes Anliegen. Auch wenn er mit einem einzelnen Patienten arbeitet, steht dieses Anliegen immer im Hintergrund. […] Transaktionsanalytiker sind im allgemeinen der Überzeugung, dass ein bleibender Gewinn auf die Dauer eher aus einem >>verwandelnden Erlebnis<< gezogen werden kann, wenn der Betreffende auch gedanklich nachvollziehen kann, was vor sich gegangen ist […] wozu natürlich auch ein psychologischer Bezugsrahmen nötig ist, in unserem Fall die Transaktionsanalyse.“ S. 79

47. Gewinner und Verlierer

„Ein *Gewinner* hat Mut und Zuversicht; er setzt sich nach Berne realistische Ziele, die er dann auch erreicht, ein Gewinner, dem ein Fehler unterlaufen sei, werde überlegen, was er das nächste mal besser machen wolle […].

Ein Verlierer setze sich unrealistische Ziele, um sich in der Folge zu bestätigen, dass er ein Versager sei. Oft wehre er diese Einsicht ab, indem er andere beschuldige, seinen Misserfolg veranlasst zu haben.

Ein Verlierer dem ein Fehler unterlaufen sei, werde viele Worte verschwenden […] und das nächste Mal werde er wieder denselben Fehler begehen.“ S. 79

„James u. Jongeward (1971) sehen einen *Gewinner* in einem Menschen, der auf eine gesunde Art selbstsicher und selbstbewusst ist, der in der Gegenwart lebt, seine Unvollkommenheiten akzeptiert, seine Urteile und Entscheidungen unabhängig fällt, seine Zeit sinnvoll nutzt, nämlich vorwiegend, mit Arbeit an einem Werk und mit der Pflege uneigennützigen Begegnungen und Beziehungen (Intimität).

Gewinner fänden das Leben sinnvoll und spannend. Für Verlierer jedoch gelte das Gegenteil.

Ein Nicht-Gewinnner ist nach den Autorinnen jemand, der nichts riskiert und darauf sieht, dass alles beim Alten bleibt oder jemand, der zwar etwas unternimmt, aber viel zu zögernd, sodass er dann doch alles verpasst. “ S. 80

„Ein *Gewinner* legt seine Erfahrungen positiv aus, ein *Verlierer* legt seine Erfahrungen negativ aus. Es können dieselben Erlebnisse und Erfahrungen sein, die der eine so, der andere wieder anders auslegt.“ S. 80

„Nach Berne haben Kinder, die von den Eltern ermutigende Botschaften erhalten und in der Entwicklung ihrer Autonomie gefördert werden, große Aussichten, Gewinner zu werden. Kinder von Gewinnern würden meistens wieder zu Gewinnern, Kinder von Verlierern auch wieder Verlierer, was natürlich kein unausweichliches Schicksal ist […]. Unter anderem habe eine Psychotherapie das Ziel, aus Verlierern Gewinner werden zu lassen.“ S. 80

48. Grundbedürfnisse

„In der Transaktionsanalyse werden bestimmte psychologische Grundbedürfnisse [hungers] hervorgehoben […] nämlich das Grundbedürfnis nach sinnlicher Anregung [Sinneskitzel wie z.B. Rummelplatz], dasjenige nach Zuwendung und Anerkennung und das Grundbedürfnis nach >>Zeitgestaltung<<.“ S.84

49. Grundbotschaft auch: Einschärfung, Verfügung, Existentielle Grundannahme

„Wie ein Kind sich selbst erlebt, ist weitgehend davon abhängig, wie es von seiner unmittelbaren Umgebung, vor allem von seinen Eltern oder denjenigen, die es erziehen, eingeschätzt wird.
Das wird vom Kind bereits lange, bevor es die Sprache versteht und selbst sprechen und begrifflich denken kann, gespürt, nämlich je nachdem, wie es in bestimmten Situationen angeblickt, angefasst, stimmlich angesprochen und wie auf seine Bedürfnisse eingegangen wird. […] In einem Alter, in dem das Kind Sprache versteht, können sie bestätigend auch einen Ausdruck in Worten finden.“ S. 84
„Die Grundbotschaften bilden sozusagen den Kern des Skripts. Wer seine Grundbotschaft verinnerlicht hat, legt demnach, was ihm begegnet, so aus, dass er diesen Grundbotschaften entspricht; er sucht Situationen auf, die sie bestätigen und arrangiert sogar unbewusst solche Situationen (Spiele).
Manchmal wird aus einer Grundbotschaft auch ein Zwang, das Gegenteil zu beweisen […] “ S. 86
„Nach Campos und Steiner sind die destruktiven Grundbotschaften in jedem Fall Ausdruck einer emotional negativen Beziehung von Eltern zu ihren Kindern. Steiner schreibt von Hexeneltern oder Hexenmutter und Monstervater [ogre] oder auch von Schweineeltern (innerer Saboteur).

Nach den Erfahrungen von Berne sind es in erster Linie psychisch gestörte Eltern, von denen desktruktive Botschaften ausgehen, was nach meinen Erfahrungen keineswegs zutrifft.
Nach Campos möchte der Elternteil, von dem die destruktive Grundbotschaft ausgeht, einer Bedrohung oder kränkenden Herabsetzung begegnen.
Nach Holloway und M. und R. Goulding können destruktive Grundbotschaften aber auch der Ausdruck von Unbehagen, Unsicherheit, Angst, Frustration, kindlichen Wünschen und heimlichen Sehnsüchten sein.
Nach Erskine, handelt es sich um eine >>kognitive Abwehr<<.“ S. 89
„Meines Erachtens gehört es zum gesunden Gedeihen eines Kindes, dass es spürt, dass es willkommen ist, dass es wichtig genommen wird, dass seine Bedürfnisse, Empfindungen und gedanklichen Schlussfolgerungen ernst genommen werden usw. […]
Praktisch finden sich im Erleben und Verhalten von jedermann die Wirkung destruktiver Grundbotschaften, wenn, sie auch in verschiedenem Ausmaß auf das aktuelle Erleben und Verhalten >>durchschlagen<< […]
Aufgehoben werden die destruktiven Grundbotschaften nach Berne vor allem durch Erlaubnisse.“ S. 90
„Steiner hält es allerdings für möglich, dass sich eine verinnerlichte ermutigende Botschaft mit der Zeit erschöpfen könnte, wenn kein Zuspruch von außen mehr erfolgen sollte.“ S. 91

50. Grundeinstellungen [life position]

„Die vier *Grundeinstellungen* können bei ein und demselben Menschen je nach Umständen verschieden sein, aber in kritischen Situationen neigt fast jedermann zu einer bestimmten der vier Einstellungen.

1. >>Ich bin nicht O.K. , du bist O.K.!<<	abgekürzt:	- / +	[…]
2. >>Ich bin O.K., du bist nicht O.K.<<	[…]	+/-	[…]
3. >>Ich bin nicht O.K., du bist nicht O.K.<<	[…]	-/-	[…]
4. >>Ich bin O.K., du bist O.K.!<<	[…]	+/+	[…]“

S.92

1. - / +

„Diese Einstellung „kommt denjenigen zu, die an *Minderwertigkeitsgefühlen* leiden. […] Er nimmt leicht Schuld auf sich. […] Nach Berne leiden Menschen mit dieser Grundeinstellung unter depressiven Verstimmungen und können sich unter Umständen umbringen. […] Menschen mit dieser Einstellung lebten zurückgezogen, manchmal klammern sie sich aber an solche mit der gegenteiligen Einstellung. Bei Menschen, die deswegen, weil sie unter Minderwertigkeitsgefühlen leiden, Behandlung suchen, ist logischerweise anzunehmen, dass ihnen bewusst ist, dass sie eigentlich nicht minderwertig sind.
Dann gibt es aber andere, die so überzeugt sind, minderwertig zu sein, dass es ihnen gar nicht in den Sinn kommt, deswegen von sich aus eine Behandlung zu suchen.“ S.92

2. +/-

„Nicht jeder mit dieser Einstellung der Überlegenheit tritt arrogant auf, er neigt aber im Allgemeinen dazu, die Schuld bei anderen zu suchen. Auch wer unbedingt anderen helfen möchte, ohne dass er darum gebeten wurde, nimmt diese Grundeinstellung ein […] oder wer Verantwortung übernimmt, ohne dass ihm solche zukäme (Symbiose).
Für den Betreffenden ist es Unterlegenheit und Schwäche, um Hilfe zu bitten. […] Berne nennt diese Grundeinstellung aus psychopathologischer Sicht die *wahnhafte Grundeinstellung*, wobei er sowohl an ein abnormes Misstrauen gegenüber anderen wie an einen eigentlichen Größenwahn denkt.
Die Neigung zu Schuldzuweisungen an andere kann nach Berne dazu führen, sich scheiden zu lassen, die Kinder in auswärtigen Internaten unterzubringen, weil sie lästig sind.“ S. 92

3. -/-

„Wer diese Grundeinstellung einnimmt, billigt weder sich noch anderen einen besonderen Wert zu. Er findet nicht, auf ihn sei mehr Verlass als auch andere, leidet aber auch nicht unter Minderwertigkeitsgefühlen im üblichen Sinn.

Er kann der menschlichen Existenz im Grunde genommen keinen Sinn abgewinnen.
Wir können von der Grundeinstellung der Sinnlosigkeit oder (meist nur heimlichen) Verzweiflung sprechen.
Dieses Gefühl der Sinnlosigkeit oder Verzweiflung kommt bei als gesund geltenden Menschen häufig nur in kritischen Situationen zur Erscheinung […]“ S. 92

„Menschen mit dieser Grundeinstellung haben nach Berne […] die Neigung, sich aus der Gesellschaft auszugrenzen, z.B. sich in abseitige Wohnheime zu verkriechen oder als psychotisch oder kriminell verwahren >>zu lassen<<. Diese Grundeinstellung soll nach Berne für schizoiden oder schizophrenen Menschen zukommen.“ S.93

„Nach Fanita English gar befinden sich Menschen mit dieser Grundeinstellung >>typischerweise<< in psychiatrischen Kliniken oder in Gefängnissen. Nach Berne ist jemand mit einer solchen Grundeinstellung immer ein Verlierer.“ S.93

4. +/+

„Für denjenigen, der diese Grundeinstellung einnimmt, sind alle Menschen gleich wichtig und entsprechend kommt er sich anderen gegenüber als Mensch weder unter- noch überlegen vor.
Es macht mir immer wieder Eindruck, wie bei einer solchen Einstellung einem anderen Menschen gegenüber weder dessen Alter, noch dessen Aussehen, noch dessen Beruf oder Abkunft ins Gewicht fällt.
Wir könnten von der Grundeinstellung der *Menschlichkeit* sprechen.
Das alles heißt aber nicht, dass er mit seinem Verhalten oder dem eines anderen Menschen immer einverstanden ist !
Er kann nachträglich sein eigenes Verhalten verwerfen oder das Verhalten anderer verurteilen, ohne aber deswegen sich oder den anderen als Person abzuwerten. […]
Aus psychopathologischer Sicht ist diese Grundeinstellung diejenige des gesunden Menschen und manche Transaktionsanalytiker nehmen wie English (mündliche

Mitteilung) an, dass jedem Menschen, der geistig und gemüthaft nicht krank sei, diese Grundeinstellung zukomme.

Trotzdem Berne, […] [sagt], dass es sehr selten sei, dass jemand seit Kindheit diese gesunde Grundeinstellung einnehme. […]

Ich bin nicht der Ansicht, dass sie immer eingenommen werden muss, wohl aber, dass es besonders wünschenswert ist, sie immer dann einzunehmen, wenn es menschliche Probleme zu lösen gilt.

Sie kann tatsächlich von demjenigen, der sich dazu entschieden hat, auf seine Minderwertigkeitsgefühle oder auf seine Überlegenheitsgefühle in schwierigen Situationen zu verzichten, erlernt und eingeübt werden.

Wer sie immer einzunehmen fähig ist, ist ein Gewinner.“ S. 93

„Berne erwähnt einleuchtend die Möglichkeit einer Differenzierung der Grundeinstellungen durch eine Dreigliederung, z.B. >>Ich bin O.K., du bist O.K., sie (die anderen) sind nicht O.K.!<<, z.B. als Ausdruck der Solidarität von Mitgliedern einer fundamentalistisch religiösen Gemeinschaft mit Abwertung derjenigen, die nicht dazugehören. “ S. 94

„Für Tony White sind die Grundeinstellungen moralische Kategorien. […] Schließlich differenziert White die Grundeinstellungen noch weiter, indem er an abnorme Persönlichkeiten oder so genannte Persönlichkeitsstörungen denkt: Narzissten, Hysterische und Antisoziale […] viele abnorm abhängige Menschen und alle oder doch viele Menschen mit Borderline-Störungen […]. Die Therapie bei Menschen mit dieser Grundeinstellung bestehe im gezielten Aufbau einer positiven Übertragung bei gleichzeitiger Betonung der Verantwortung für sich selbst.“ S. 95

51. Gruppen und Organisationen

„Eine Gruppe, die sich vor allem mit Konflikten innerhalb der Gruppe auseinander setzen muss, wird von Berne als Prozessgruppe bezeichnet. Die meisten Therapiegruppen seien Prozessgruppen.

Was immer auch die >>innere Struktur<< rühre, sei ein *Prozess*. Dabei denkt Berne einerseits an Auseinandersetzungen zwischen Leitung und Mitgliedern (betrifft die >>Grobstruktur<<), andererseits aber auch an Auseinandersetzung zwischen

Gruppen von Mitgliedern oder zwischen einzelnen Mitgliedern (betrifft die >>Feinstruktur<<). […]“ S. 96

52. Gruppenapparat

„Als Gruppenapparat bezeichnet Berne Mitglieder einer Gruppe, die mit besonderen organisatorischen Aufgaben betraut sind:

(1.) [nach außen wirksamen [external] Gruppenapparat]

Diejenigen Gruppenmitglieder, deren Aufgabe es ist, mit der Umwelt der Gruppe umzugehen, d.h. von dort zu beschaffen, was die Gruppe für Ihre Arbeit braucht-, und von dort aus Mitglieder zu rekrutieren, welche die notwendigen Bedingungen erfüllen, aber sich auch gegen unbefugte Eindringliche zu wehren […].

(2.) [im inneren der Gruppe wirksamen [internal] Apparat]

Diejenigen Gruppenmitglieder, die sich mit der Bereitstellung der Einrichtung für die einzelnen Sitzungen zu beschäftigen haben, welche die Aufgabenteilung zwischen Leitung und Mitgliedern überwachen sowie für die Einhaltung von Gruppenetikette (Gruppenkultur) und anderen Regeln sorgen [...].

Der [korr. Die] Gruppenapparate beiderlei Art kann von der Leitung verhältnismäßig unabhängig funktionieren oder aber ihren Weisungen unterstellt sein.“ S.98

53. Gruppendynamik und Gruppenprozesse

Sind „die Strukturen, die sich in Gruppen auszubilden und die möglichen Prozesse, die sich in ihr abzuspielen pflegen. […]

In einem engeren Sinn des Wortes ist unter Gruppendynamik die Lehre von den Regeln zu verstehen, nach denen sich das Geschehen in Gruppen abspielt. […] die Gruppenprozesse, die sich in der Gruppe bei der Auseinandersetzung mit Einflüssen abspielen, […] Es sind nach Berne drei Arten von Einflüssen, die bei einer Gruppe (oder Organisation) das Überleben bedrohen oder erhalten:

1. Einflüsse, die von außen auf eine Gruppe wirken, um sie zu zerstören (>>aufzubrechen<<). Die Auseinandersetzungen, die sich mit solchen Einflüssen abspielen, nennt Berne >>nach Außen gerichtete [externe] Gruppenprozesse<<. […]“ S. 100

2. Daneben gibt es Einflüsse, die >>im Inneren wirkende [interne] Gruppenprozesse<< auslösen […].
   Es liegt Berne daran, Hauptgrenzlinien von Nebengrenzlinien zu unterscheiden: Hauptgrenzlinien zwischen Gruppen und >>Außenwelt<< sowie Teilnehmer und Leiter; Nebengrenzlinien zwischen den Teilnehmern.

3. Den Einflüssen, die den Bestand der Gruppe von außen oder von innen bedrohen, stehen solche gegenüber, die zur Erhaltung der Gruppe beitragen. Diese drücken sich im Gruppenzusammenhalt (>>Kohäsion<<) aus. […] Der Grad des Zusammenhaltes zeigt sich eben grade im Widerstand gegen von außen drohende oder im Inneren zersetzende Einflüsse. Der Gruppenzusammenhalt ist abhängig davon, wie einflussreich gruppengefährdende (>>dystone<<) und gruppenerhaltende (>>syntone<<) Eigenheiten [proclivities] der einzelnen Mitglieder sind.

   Für die in der Gruppenverfassung vorgesehene Lösung von Aufgaben (>>Gruppenaktivität<<) ist es ungünstig, wenn alle Energie für die Verteidigung gegen destruktive Einflüsse gebraucht wird. Günstig ist sozusagen ein Überschuss an kohäsiven >>Kräften<<, damit sich eine Gruppe auch weiterhin ihren selbstgesetzten Aufgaben widmen kann.“ S.101

54. Gruppenheld

„Jede Gruppe hat nach Berne ein Grundbedürfnis [hunger] nach Helden. Eine Gruppe neigt mindestens dazu, den Begründer oder ersten Leiter zum Euhemerus zu erheben.“ S. 102

55. Gruppenimago

„(1.) die Vorstellung oder das Bild, das sich ein zukünftiger oder bereits aktiver Teilnehmer von einer Gruppe und ihren einzelnen Teilnehmern macht; (2.) die Vorstellung des einzelnen Teilnehmers wie eine Gruppe sein sollte; (3.) die Vorstellungen, die sich der einzelne Teilnehmer von den >> dynamischen Beziehungen<< zwischen den Teilnehmern unter sich und zwischen ihnen und dem Gruppenleiter macht. […]

Diese Gruppenimago wandelt sich ständig. Die Gruppenimagines der einzelnen Teilnehmer einer therapeutischen Gruppe bestimmen die private oder psychodynamische Gruppenstruktur. Die Gruppenimago des Leiters beeinflusst nach Berne kraft seiner Autorität das Gruppengeschehen ganz besonders.“ S. 102
„Ein Teilnehmer, der in eine therapeutische Gruppe eintritt, macht sich bereits bestimmte Vorstellungen von dieser Gruppe, den einzelnen Mitgliedern und ihrer Beziehung untereinander: *provisorisches Gruppenimago*. […]
Vielleicht trifft er in der Gruppe Bekannte, denen er sich möglicherweise näher fühlen wird als anderen noch unbekannten Teilnehmern.
Damit ändert sich das Gruppenimago und damit seine private Gruppenstruktur. […]
Die Gruppenimago wird durch die Bedürfnisse, Wünsche, Emotionen und Erfahrungen der einzelnen Mitglieder geprägt. Es besteht dementsprechend eine enge Beziehung zu deren Erlebnisgeschichte. […] Es kann z.B. der Leiter erlebt werden, wie das betreffende Mitglied seinerzeit seinen Vater erlebt hat oder noch erlebt.
Es handelt sich nach Berne um eine analytische Übertragung, während dann, wenn die anderen Teilnehmer als Geschwister erlebt werden, Berne von einer extraanalytischen Übertragung spricht.“ S. 103
„Nach Berne ist für einen Teilnehmer besonders wichtig, was die Gruppenimago des Leiters für eine Gestalt hat und was für einen Platz der Teilnehmer in dieser einnimmt. Der Leiter wird die Gruppe ja seinen Vorstellungen entsprechend zu lenken versuchen.“ S. 104

56. Gruppenkanon

Überlieferte „Richtlinien, die nach dem Tod des Begründers oder ersten Leiters einer Gruppe, deren Arbeit regeln sowie die organisatorische Gruppenstruktur festlegen. Der Kanon einer Gruppe besteht aus der Gruppenverfassung und den davon abgeleiteten Gesetzen sowie der Gruppenkultur.“ S. 104

57. Gruppenkultur

Besteht aus:

1. technische Kultur „die Mittel, z.B. die Möbel und Geräte, welche die Arbeit ermöglichen“ S.104
2. Gruppenetikette „die in der Gruppe üblichen Umgangsformen“ S. 104
3. Gruppencharakter „die Möglichkeiten des einzelnen, sich zum Ausdruck zu bringen“ S.104

„Berne deutet an, dass er manchmal auch die ganze Art, wie die in der Gruppenverfassung geforderte Arbeit geleistet und in eins damit mit der >>äußeren Welt<< umgegangen wird, zur Gruppenkultur rechnet.“ S. 104

„Gerade für eine therapeutische Gruppe, in der auch auf Selbsterfahrung Wert gelegt wird, ist das, was Berne unter dem Gruppencharakter versteht, nämlich die Möglichkeit, die Persona der anderen auch einmal in Frage zu stellen, wichtig. Es gehört zu jeder Selbsterfahrung in einer Gruppe, sich nicht nur bewusst zu werden, wie man sich selbst einschätzt (>>Selbstbild<<), wie man gesehen werden möchte (>>Persona<<), sondern im Vergleich dazu auch, wie man von den anderen tatsächlich erlebt wird (>>Fremdbild<<). Zudem gehört zum Verlauf einer therapeutischen und/oder Selbsterfahrungsgruppe eine zunehmende Echtheit.“ S.105

58. Gruppenstruktur

„die Gliederung einer Gruppe. […] [Unterscheidung in] offizielle Gliederung (>>organisatorische Struktur<<), die sich aus verschiedenen Rollen zusammensetzt […]. [Und die] „[(>>individuelle Struktur<<)], von einer Gliederung, die durch die Individualität der einzelnen Mitglieder gegeben ist.

Beide Strukturen sind öffentlich, d.h. theoretisch einem Beobachter zugänglich (>>öffentliche Struktur(en)<<).“ S.105

„Die organisatorische Struktur entspricht der Gesamtheit der vorgesehenen Rollen oder Stellen in einer Gruppe. Bei einer Therapiegruppe ist diese Struktur sehr einfach, besteht sie doch im Allgemeinen aus der Rolle des Leiters und derjenigen der Patienten.

Die Rolle definiert sich nach Berne nach dem Gruppenkanon, in dem >>festgeschrieben<< ist, wie sich jemand benimmt, der eine bestimmte Stelle in

der organisatorischen Struktur einnimmt. Sie ist deshalb ein >>Element der organisatorischen Struktur<<.“ S.107

„Die individuelle Struktur umfasst die konkreten Persönlichkeiten, welche die Rollen der organisatorischen Struktur besetzen. Bei einer Therapiegruppe können sie mit einem Blick wahrgenommen werden, da sie sich in ein und demselben Raum befinden.“ S.107

„Die individuelle Struktur umfasst die konkreten Persönlichkeiten, welche die Rollen der organisatorischen Struktur besetzen. Bei einer Therapiegruppe können sie mit einem Blick wahrgenommen werden, das sie sich in ein und demselben Raum befinden.

Unter Persona versteht Berne in diesem Zusammenhang den meist positiven Eindruck, den jemand mit bemerkenswerter Anstrengung den anderen im Sinn der gültigen Gruppenetikette (Gruppenkultur) machen möchte.“ S.107

„Unter der privaten und psychodynamischen Struktur versteht Berne die Gruppe, wie sie durch die Augen des einzelnen Teilnehmers erlebt wird. Sie besteht also aus bewussten und unbewussten Vorstellungen des einzelnen Teilnehmers von der Gruppe, der Gruppenimago.

In einer therapeutischen Gruppe leitet sich daraus das Geschehen in der Gruppe ab.

[…]

In der psychodynamischen oder privaten Struktur (genauer: in den verschiedenen privaten oder psychodynamischen Strukturen) hat jedes Mitglied eine bestimmte transaktionale, funktionelle und libodinöse (Libido) Bedeutung, die für einen Beobachter nicht offensichtlich ist, da sie aus den Gruppenimagines der einzelnen Mitglieder besteht, d.h. dem Bild, das sich jeder von der Gruppe als solcher und den einzelnen Teilnehmern macht.

Die psychodynamische oder private Struktur wird durch die Schemata der verschiedenen Gruppenimagines veranschaulicht.“ S.107

59. Gruppentherapie

„In einer Gruppentherapie nach Berne trifft sich ein ausgebildeter oder durch Supervision unterstützter Psychotherapeut regelmäßig mit mindestens 5, bevorzugt 8-10 erwachsenen Patienten, die an psychiatrischen Störungen leiden. Die Therapiegruppen von Berne waren nicht völlig geschlossen.

Immer wieder, wenn vermutlich auch in größeren Zeitabständen, schieden Mitglieder aus und traten andere ein.

Das Ziel ist die Heilung der Patienten oder mindestens eine Milderung der Störungen, vor allem indem die Patienten ihre Symptome zu beherrschen lernen und vermeiden, dass durch sie ihre Beziehungen in Mitleidenschaft gezogen werden (>>symptomatic and social control<<).“ S.110

„Der Vorteil einer Gruppentherapie liegen nach Berne darin, dass sie dem Therapeuten ermöglicht, bei Patienten spontane Verhaltensweisen gegenüber anderen zu beobachten. Damit lernt er, die Eigenheiten jedes seiner Patienten aus eigener Anschauung kennen und diese haben auch Gelegenheit, aus dem Vergleich mit anderen sich selbst zu erfahren.

Bei der Gruppentherapie entwickelt sich eine weniger intensive Übertragung auf den Therapeuten, dafür Übertragungen der Teilnehmer aufeinander.“ S.111

„Berne empfiehlt Sitzungen von zweistündiger oder anderthalbstündiger Dauer, die wöchentlich durchgeführt werden. Bewährt haben sich nach Berne auch durchgehende Gruppensitzungen während zweier Tage mit einer Schlafpause dazwischen.“ S.112

59.1 Die Praxis der transaktionsanalytischen Gruppentherapie

„Die Teilnahme an einer Gruppe weckt nach Berne bei jedem Patienten bestimmte Bedürfnisse, die aber meistens nicht offen, sondern >>heimlich<< und entstellt zum Ausdruck kommen (Grundbedürfnisse): (1.) ein Bedürfnis, von anderen anerkannt zu werden (Zuwendung); (2.) ein Bedürfnis nach Zeitgestaltung; (3.) ein Bedürfnis nach dem Erleben von Intimität […] (4.) das Bedürfnis, die Erwartungen seines Skripts erfüllt zu sehen.“ S.113

„Ein Gruppentherapeut sollte nach Berne jede neue Gruppe, aber auch jede Sitzung einer bestehenden Gruppe unvoreingenommen beginnen. […] Er soll sich zum Ziel setzen, jede Woche etwas dazuzulernen. Die Forderung nach Unvoreingenommenheit geht bei Berne so weit, dass er einem Gruppenleiter empfiehlt, bei Beginn einer Sitzung alles zu vergessen, was er über Psychiatrie, Psychotherapie und die Patienten selbst wisse.“ S. 114

„Jeder Therapeut soll sich einen Plan zurechtlagen, wie er jeden seiner Patienten Schritt für Schritt einer Genesung zuführen will. Nach jedem Schritt sollte ihm

bewusst sein, was er als Nächstes in Angriff nehmen will, um das gesetzte Ziel zu erreichen.

Die erste Aufgabe besteht nach Berne darin, traumatische Schwachstellen bei seinen Patienten zu entdecken, die aber erst aktiv anzugehen sind, wenn die Zeit dazu gekommen ist; die zweite Aufgabe bestehe darin, die gesunden Anteile in der Persönlichkeit jedes seiner Patienten zu entdecken, um diese zu fördern und zu stärken.

Der Gruppentherapeut habe jederzeit alle Teilnehmer aufmerksam zu beobachten.

Ihre Haltung, ihre Mimik, ihre Gebärden sagen Wesentliches aus, aber auch physiologische Veränderungen wie Erröten, Herzklopfen, Schwitzen […] [sind Indikatoren]. […]

Der Gruppentherapeut tut nach Berne gut daran, möglichst wenig Verhaltensregeln vorzuschreiben. Für ein Drittel der Patienten seien solche überflüssig, für einen weiteren Drittel eine Gelegenheit, sich als folgsam zu demonstrieren, und für den Rest bedeuten sie eine Herausforderung, die Regeln zu umgehen oder dagegen zu rebellieren.

Es genüge, wenn der Therapeut alles fördere, was dem therapeutischen Ziel der Gruppe diese und verhindere, was diesem entgegenwirke.

Je weniger Regeln er aufstelle, desto eher offenbare sich, was für (innere) Regeln der Patient aus sich heraus befolge und damit Aufschluss gebe, was in ihm vorgehe.“ S.114

„Bei Patienten, die in einer Gruppe behandelt werden, findet Berne so ungefähr alle acht oder zehn Sitzungen ohnehin die Einschaltung einer Einzelsitzung sinnvoll.“ S. 116

„Eine Beendigung der Therapie könne aber auch aus Widerstand erfolgen. So verspürten Patienten, denen in einer Gruppe versagt wurde, ihre manipulativen Spiele zu spielen, Angst, Wut oder Verzweiflung und ließen sich manchmal nicht in der Gruppe halten.

Schließlich könne jemand auch aus äußeren Gründen gezwungen sein, die Gruppenbehandlung aufzugeben, z.B. da er in eine andere Landesgegend umziehe.“ S. 116

59.2 Anwesenheitskoeffizient

„Je mehr Patienten hier und da gefehlt haben, desto niedriger ist dieser Quitient.
Der Anwesenheitsquotient entspricht nach Berne dem Grad des Gruppenzusammenhaltes, soll aber zugleich ein Zeichen dafür sein, ob eine Gruppe gut oder schlecht geführt werde. Sei er höher als 90% dann mache der Therapeut seine Sache gut; sei sie unter 75%, dass stimme etwas nicht.
In einem solchen Fall solle der Leiter am besten einen erfahrenen Gruppenleiter konsultieren, wenn er nicht ohnehin unter Supervision stehe.“ S. 116, 117

60. Gummibandreaktionen

„Was Kupfer u. Haimowitz unter dem Titel Gummiband behandeln, ist im Grunde genommen der wesentliche Gehalt aller tiefenpsychologischen Verfahren, nämlich die Aufdeckung von unbewussten >>unerledigten Geschäften<< (Gestalttherapie) auf das gegenwärtige Erleben und Verhalten (Tiefenpsychologie).“ S. 118

61. Halluzinationen

„Trugwahrnehmungen, die neben Wahrnehmungen der gemeinsamen Wirklichkeit einhergehen.[…]“S. 118
„ […] dass Haluzinationen meistens Stimmen der >>Elternperson<< sind, was schon die Form von Vorwürfen nahelegt, denn solche sprechen für eine elternhafte Haltung.“ S. 128

62. Heilung

„[…] Gleichzeitig meint allerdings Berne, der Therapeut heile niemanden; er behandle den Patienten durch Einsatz seiner besten Fähigkeiten und sehe sorgfältig darauf, nicht zu schaden. […] denn es ist nach den Autoren nicht möglich, die Vergangenheit völlig auszumerzen und wirklich vollständig neu zu beginnen.“ S.120
„Es komme vor, dass Patienten sogar im Sinn ihres Skripts Beweise zu sammeln suchten, dass sie unheilbar seien oder dass es an besten wäre, sich freiwillig in eine psychiatrische Klinik zu begeben, oder dass sie nur ein Suizid aus ihrem Elend befreien könne. […]“ S. 121

62.1 Vergleich zwischen Heilungsprozessen in einer klassisch psychoanalytischen Behandlung und Transaktionsanalyse

„Bei einer solchen [klassisch psychoanalytischen Behandlung] werde über eine lange Zeit sorgsam Schritt für Schritt gearbeitet, Steinchen für Steinchen würden nach genauer Untersuchung von der Last abgelegt, die der Patient an einem Sack über dem Rücken trage.
Bei einem Vorgehen nach der Transaktionsanalyse aber würde zuallererst der Strick, an dem der Patient eine Last trage, durchgeschnitten, so dass sich dieser plötzlich befreit fühle.
Es sei dies dem Durchhauen des gordischen Knotens durch Alexander vergleichbar.
Ein solcher plötzlicher Wandel könne vor den Augen des Therapeuten und der Gruppe geschehen. […]
Eine solche Wendung als entscheidender Beginn des Heilungsprozesses kann auch nach genügender Vorbereitung durch eine Maßnahme eingeleitet werden, die Berne als entscheidende Intervention bezeichnet, nämlich eine Erlaubnis.
Den entscheidenden Wendepunkt in der Behandlung selbst, der einer Erlaubnis folgt, umschreibt Berne als Neuentscheidung, die aber keinesfalls mit einer Übertragungsheilung verwechselt werden dürfte.“ S. 121

62.2 Wann ist ein Patient geheilt ?

„Die Möglichkeit einer nur symptomatischen Heilung lässt Berne durchaus gelten. Sie besteht darin, dass der Patient sein Verhalten im Alltag im großen und ganzen unter Kontrolle hat [social and symptomatic control]. […] Er bekommt dann seine Symptome besser >>in den Griff<< und vermag seine menschlichen Beziehungen produktiver und damit auch frei von manipulativen Spielen zu gestalten.“ S. 121, 122

62.3 Heilung als Erreichung von Autonomie und Skriptfreiheit

„Berne setzt Autonomie ausdrücklich der Skriptfreiheit gleich. […] Freiheit von einschränkenden elterlichen Botschaften oder Direktiven. Es fragt sich, was für eine Art von Verhalten einen solchen Menschen auszeichnet.
Berne hat Kriterien beschrieben, die zeigen sollen, dass jemand autonom geworden ist: Er wird ohne intellektuelle Voreingenommenheit offenen Sinnes der Welt

gegenübertreten, spontan echte Gefühle erleben, die ihm niemand vorgeschrieben hat, frei sein vom Zwang, manipulative Spiele zu spielen, und er wird zu Intimität fähig sein. Eigentlich sei dann wieder erreicht, was dem Patienten als Neugeborenem selbstverständlich war, denn ein Neugeborenes sei noch unbeeinflusst von verfälschenden Einflüssen.“ S.122

„>>Das Ziel der transaktionsanalytischen Therapie ist die Herstellung einer so offenen und echten Beziehung zwischen den emotionalen und kognitiven Teilen der Persönlichkeit wie irgend möglich [Berne]<<“ S. 122

63. Ich-Stärke/Ich-Schwäche

„ist der Grad der seelischen Belastbarkeit zu verstehen. Obgleich über die praktische Bedeutung dieses Begriffs bei den Psychoanalytikern Übereinstimmung besteht, werden die psychologischen Gegebenheiten, die für ein >>starkes Ich<< sprechen, unterschiedlich umschrieben, z.B. als verhältnismäßig weitgehende Angsttoleranz, Konflikttoleranz, Ambivalenztoleranz und Frusttrationstoleranz.“ S. 123

„Zu einem verhältnismäßig starken Ich gehöre auch die Fähigkeit, triebhafte, besonders sexuelle und agressive Impulse, bewusst zu unterdrücken oder doch ihre Äußerung aufzuschiebebn, falls ihre unmittelbare Befriedigung nachteilig wäre.“ S. 123

„In der psychoanalytischen Praxis muss die Ich-Stärke des Patienten ständig in Berücksichtigung gezogen werden, denn es darf dem Patienten nicht mehr zugemutet werden, als er ertragen kann. […]

Nicht nur für Freud, sondern auch für Berne besteht aber ein wichtiges Ziel der Therapie eben doch in der Stärkung eines schwachen >>Ichs<<. Es verwundert deshalb nicht, dass auch in den Texten, die Berne geschrieben hat, immer wieder wörtlich von einer >>Stärkung des Ichs<< die Rede ist.“ S.124

„>>Es gibt nicht soetwas wie ein >schwaches Ich<, sondern nur ein schwach mit Energie besetztes Ich!<< S.125

65. Ich-Zustand |

Die Lehre der drei Ich-Zustände und ihre Anwendung auf die Praxis heißt auch Strukturanalyse

„Unter einem Ich-Zustand versteht Berne >>die ganze Art, wie jemand erlebt und sich zu einem gegebenen Zeitpunkt verhält<< […] eben das, was ich im Musterbeispiel als >>Verfassung<< bezeichnet habe.

Berne schreibt auch von verschiedenen Wesensseiten [aspects of personality], Befindlichkeiten [system of feelings], Einstellungen [attidudes] und Haltungen [states of mind].“ S. 125

„Unter Berücksichtigung auch der Verhaltensweise umschreibt Berne einen Ich-Zustand >>praxisbezogen<< >>als eine Befindlichkeit, die entsprechende Verhaltensweisen motiviert.“ S. 125

„Der aktuelle Ich-Zustand, den jemand einnimmt ergibt sich dem Beobachter aus der Körperhaltung, aus physiologischen Merkmalen, wie z.B. der Muskelspannung, aus der Mimik, aus Gebärden, aus der Stimme, aus vorzugsweise gewählten Worten, aus dem Inhalt dessen, was jemand sagt, schließlich aus dem willentlichen Verhalten.“ S. 126

„Berne unterscheidet drei Kategorien von Ich-Zuständen, nämlich kindliche, elternhafte und erwachsene.

Auch ein leiblich Erwachsener kann wie ein Kind oder als Kind erleben, reagieren und sich verhalten oder dann als oder wie eine Elternperson, schließlich auch als oder wie eine Erwachsenenperson, worunter Berne in diesem Zusammenhang einen Zustand oder Zustände versteht, bei dem der Betreffende, durch Erfahrung geschult, überlegt auf die gegenwärtige Realität bezogen urteilt, entscheidet und handelt. […] jeder Trage diese drei Personen in sich (>>trage sie in seinem Kopf<<), mit anderen Worten: >>Elternperson<<, >>Kind<<, >>Erwachsenenperson<< bildeten einen innerpersönliches System von drei persönlichen Instanzen, die sich wie Berne beifügt, miteinander auseinandersetzen. […] Die Zusammenschau von *zwischenpersönlich* zum Ausdruck kommenden kindlichen, elternhaften und überlegt realitätsbezogenen (>>erwachsenen<<) Ich-Zuständen mit einem innerpersönlichen System von kindlichen, elternhaften Personen und einer so genannt erwachsenen Person ist ein entscheidendes Kennzeichen der Transaktionsanalyse.“ S.126

65.1 Kindlichkeit

„Im allgemeinen wird von den meisten Transaktionsanalytikern ein Kleinkind von etwa drei bis vier Jahren als Muster für eine kindliche Haltung genommen, die auch ein Erwachsener einnehmen kann. Berne schreibt aber in bestimmten Zusammenhängen auch von der Haltung eines zehn- oder zwölfjährigen Kindes […] . Nach Steiner wird ein Erwachsener sich kaum je wie ein sehr junges Kleinkind oder gar ein Säugling verhalten, es sei denn, er habe große Schmerzen oder sei durch ein unerwartetes Ereignis über alle Maßen beglückt.“ S.129

65.2 Elternhaftigkeit

„Elternhaft verhält sich nach den Beispielen von Berne, wer sich von überlegener Warte aus um sich oder andere kümmert.

Wer aus einer elternhaften Haltung heraus moralisch urteilt, hat auch elternhafte Gefühle, wie z.B. Entrüstung. Es kann sich jemand gegenüber anderen wie gegenüber sich selbst elternhaft verhalten.“ S. 129

65.3 Erwachsenheit

„Die erwachsene Haltung wird im Laufe des Lebens, wie Berne es sieht, schon von der Säuglingszeit an allmählich erworben, wie ich meine: durch Lernen […]. Berne nimmt an, eine erwachsene Haltung einzunehmen sei jedermann jederzeit möglich […] es sei eine Frage des Selbstvertrauens, die allerdings oft vorerst gestützt werden müsse, wie eben auch jemand, der reiten, tauchen und fliegen lerne […] Damit deutet Berne doch die Möglichkeit an, dass der Mensch allmählich lernt, eine erwachsenen Haltung einzunehmen, nicht zuletzt auch in einer Gruppentherapie […]. Nach Berne gibt es auch >>erwachsene<< Gefühle, insofern sie […] der Realität entsprechen, also weder einem Vorurteil entspringen, noch Ausdruck eines Wunschdenkers sind. „ S.130

65.4 Verschiedene Betrachtungsweisen der Ich-Zustände

„Ursprünglich nahm Berne an, dass ein Erwachsener, der eine kindliche Haltung einnimmt, diese aus seiner eigenen Kindheit wiederbelebt. […] Auch Erwachsene beleben in gewissen Situationen wieder ihr kleinkindlichen Ich-Zustände, die Berne

in diesem Zusammenhang als Ich-Zustände zweiter Ordnung bezeichnet […]. S. 132

„Vom >>Herkunftsmodell<< aus gesehen, verhält sich jemand, der eine elternhafte Haltung einnimmt, wie seinerzeit sein eigener Vater oder seine eigene Mutter, d.h. so wie er sie verinnerlicht hat. […] Mancher Vater, manche Mutter mag sich zeitweise dabei ertappen, dass sie etwas zu den Kindern sagen oder auf sie reagieren, wie er oder sie es in der eigenen Kindheit vom eigenen Vater oder ihrer eigenen Mutter, den Großeltern ihres Kindes, jeweils erfahren hatten.“ S. 133

„Jeder Ich-Zustand hat seinen Sinn. Ohne die allenfalls auch nur unbewusste Kenntnis von sozialen Normen, die von der >>Elternperson<< vertreten werden, können wir uns in der Gesellschaft nicht bewegen, ohne uns zu schaden. Außerdem sind elterliche Normen eine große Erleichterung und Entlastung im Alltag.

Wie ich mich kleiden, was ich essen, wie ich mich sprachlich ausdrücken soll, um verstanden zu werden, >>sagt<< mir weitgehend meine >>Elternperson<< […] Die >>Erwachsenenperson<< ist unentbehrlich für eine sinnvolle und realitätsbezogene Lebensgestaltung. Die Fähigkeit, in kritischen Situationen die >>Erwachsenenperson<< zu aktivieren, kann Lebenswichtig sein.“ S. 135

„Die Lehre von den Ich-Zuständen war das erste Modell, das Berne entwickelt hat. Die Analyse der Transaktionen ist die Anwendung dieser Lehre auf die Kommunikationspsychologie.“ S. 137

65.5 Der >>manipulative Gebrauch von Ich-Zuständen<<

„Ich kann jemand anderem gegenüber als Elternperson auftreten, um ihn in einen Kind-Ich-Zustand zu versetzen und seine Macht auszuspielen. […] Genau so kann sich aber auch jemand als Kind geben, um einen anderen zu manipulieren, z.B. [jemanden die Verantwortung abnehmen, da er sich als Kind gibt].“ S. 136

66. Ich-Zustand: Aktivierung

„Ein Ich-Zustand ist aktiviert, wenn er im Erleben und Verlagen des Betreffenden verwirklicht wird.

Wenn also jemand wie ein Kind erlebt und sich verhält, ist seine kindliche Haltung oder sein >>Kind<< aktiviert und die >>Elternperson<< und seine >>Erwachsenenperson<< latent. […] Einen Einfluss auf die Aktivierung eines Ich-

Zustandes haben nach Berne: (1.) die gegenwärtige Situation, (2.) die Stabilität oder Labilität der Aktiviertheit eines Ich-Zustandes, (3.) ausgesprochen dichte oder ausgesprochen undichte Ich-Zustandsgrenzen, (4.) das >>Fassungsvermögen an Energie<< eines Ich-Zustandes, (5.) die Willkür." S.138

„Es gibt nach Berne Menschen, die sofort mit ihrem rebellischen >>Kind<< reagieren, wenn sie auf autoritäre Weise angesprochen werden (Ich-Zustand: >>Diagnose<<) […]. Es gibt Menschen, die sehr leicht von einem Ich-Zustand zum anderen wechseln. Ein liebevolles Wort oder ein strenges Gesicht können genügen, um einen solchen Menschen in sein >>Kind<<, d.h. eine kindliche Haltung zu versetzen.

Andere haben es im Gegenteil besonders schwer, ihren Ich-Zustand zu wechseln und es ist für sie mühsam von einer spielerischen, nachdenklichen oder moralisierenden Gestimmtheit in je eine andere zu gelangen." S. 139

„Es ist ein Anliegen von Berne, seine Patienten durch Übung zu veranlassen, dass sie willentlich immer den nach den Umständen angemessenen Ich-Zustand aktivieren, […]" S. 138

Berne „fragt sich, ob für gewöhnlich nicht funktionell immer alle drei Ich-Zustände gleichzeitig >>aktiv<< sind, was nach seltenen Andeutungen auch Berne annimmt, wobei jeder Ich-Zustand eigene Ausdruckswege benutze. Vielleicht kommt bei einer >>rein sachlichen<< Darlegung eines Wissenschaftlers das, was sein >>Kind<< dabei empfindet, nur im Leuchten seiner Augen zum Ausdruck, seine >>Elternperson<< im belehrenden Tonfall, in dem er über seine Ergebnisse berichtet oder in gewissen Gebärden." S.140

„Wer in einer kindlichen Haltung befangen ist, kenn den >>Ernst des Lebens<< nicht und entscheidet immer nach rein emotionalen Gesichtspunkten.

Wer in einer elternhaften Haltung befangen ist, richtet sich allein nach meistens von seinen Eltern übernommenen moralischen Urteilen.

Wer in einer erwachsenen Haltung befangen ist, bewältigt sein Leben allein nach rationalen Gesichtspunkten." S.141

67. Ich-Zustand: >>Diagnose<<

„das beobachtbare nicht sprachliche Verhalten: Körperhaltung, Gebärden, Mimik, insofern sie vermuten lassen, in was für einem Ich-Zustand sich der Betreffende befindet. […]

Auch die Art der Stimme und die Satzmelodie können zu Vermutungen beitragen. Die meisten Patienten zeigen nach Berne innerhalb einer Viertelstunde zwei ihrer Ich-Zustände, allein durch die Färbung der Stimme. […]" S. 142

69. Ich-Zustand: Konsonanz und Dissonanz

„Unter diesem Gesichtspunkt unterscheidet Berne harmonische oder glückliche Persönlichkeiten von unharmonischen Persönlichkeiten." S. 144

70. Ich-Zustand: Rolle

„Unter einer Rolle werden sozialpsychologisch die Verhaltensweisen verstanden, die von jemanden in einer bestimmten sozialen Position erwartet werden […]. Jemand, der eine gesellschaftliche Position einnimmt, steht deshalb unter einem gesellschaftlichen >>Forderungsdruck<<. Da er selbst zur Gesellschaft gehört, die gewissen Positionen bestimmte Rollen zuteilt, mag er auch selber die Vorstellung haben, dass er sich in seiner Position auf bestimmte Art zu verhalten habe." S. 146

„Berne legt großes Gewicht darauf, dass Ich-Zustände nicht mit Rollen verwechselt werden. >>Ich-Zustände<< sind nach Berne nicht Rollen, sondern >>psychologische Realitäten<<. Nach Berne kann jemand viele verschiedene Rollen spielen und doch immer im selben Ich-Zustand sein." S. 147

71. **Ich-Zustand: Stimmen**

„Berne legt bei einer Therapie Wert darauf, dass die Patienten lernen, bewusst auf diese inneren Stimmen zu achten, was ihnen erleichtere, die Ich-Zustände voneinander zu unterscheiden und dem Therapeuten ermögliche, gegebenenfalls mit eigenen Worten in eine solche Auseinandersetzung ein[zu]greifen." S.147

„>>Elternpersonen<< werden sehr häufig als innere Stimmen gehört […]." S. 147

72. Ich-Zustand: Trübung

„Es kommt vor, dass eine Feststellung oder eine Schlussfolgerung fälschlicherweise als rational oder durch Erfahrung begründet scheint, aber doch nur ein Vorurteil ist oder eine Folge von Wunschdenken, einschließlich Illusionen wider Wahnideen [delusions]. S. 148

73. Ich-Zustand: >>Vorherrschaft<<

„Berne fordert deshalb die Vorherrschaft der >>Erwachsenenperson<<, da diese über die Realitätsprüfung verfüge und darum am besten geeignet sei, zu bestimmen, welcher Ich-Zustand in einer bestimmten Situation am sinnvollsten zu aktivieren sei. […] Ich lege das so aus, dass bei einer Vorherrschaft der >>Elternperson<< moralische Werte maßgebend dafür sind, welcher Ich-Zustand aktiviert werden soll, z.B. ob Entrüstung oder Lachen angebracht ist.“ S. 150

74. Identitätsfindung und Identitätsdiffusion nach Erik Erikson

„Der Prozess der Identitätsbildung beginnt nach Erikson bereits in der Säuglingszeit und setzt sich dann durch die ganze Kindheit fort […] Eine mangelhaft ausgebildete Ich-Identität setze das Individuum erneut alten Kindheitskonflikten aus. […] Wer seine Identität […] nicht gefunden hat, ist nach Erikson im Zustand einer *Identitätsdiffusion*, auch *Rollendiffusion* oder *Identitätsverwirrung*. Eine solche ist als vorübergehende Erscheinung im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung, vor allem zur Zeit der Adolezenz [Zeitraum von der späten Kindheit über die Pubertät bis hin zum vollen Erwachsensein], nichts Krankhaftes.“ S. 151

Steiner „bestätigt summarisch Erikson darin, dass zuerst die vorangehenden Entwicklungskrisen von Vertrauen, Scham, Schuld, Autonomie und Produktivität positiv bewältigt werden müssten, bevor eine gesunde Ich-Identität gebildet werden könne. Eine solche vergleicht Steiner mit einem konstruktiven Lebensplan.“ S. 152

75. Illusionen

„Die Erfahrung der Realität sorge dafür, dass diese Illusionen nicht lange aufrecht erhalten werde.“ S. 152

„Die einen quälen sich fortlaufend mit Schuldgefühlen, die anderen finden keinen Sinn im Leben. Beide haben die Überzeugung, sie hätten es sehr wohl verdient,

dass der Sensenmann sich ihrer annehme. Eine vorläufig erst kleine Ausgabe des Sensenmannes wäre ein Herzinfakt oder eine Alterskrankheit, den den Betreffenden jeder Verantwortung für sich selbst enthebe.“ S. 153

„Es gehört nach Berne zu den schwierigsten Aufgaben und schmerzlichsten Pflichten eines Therapeuten, seinen Patienten zu helfen, im Hier und Jetzt zu leben und nicht im >>Wenn dann einmal…<< oder >>Eines Tages dann…<<“ S. 153

76. Illustration als therapeutische Intervention

„Die Illustration ist die fünfte der von Berne als besonders bedeutsam hervorgehobenen Interventionen. […] Er meint die Illustration sei mehr als eine Intervention; sie sei eine Interposition, nämlich ein Versuch des Therapeuten, etwas zwischen die >>Erwachsenenperson<< des Patienten und seine anderen Ich-Zustände einzufügen [to interpose], um die >>Erwachsenenperson<< zu stabilisieren.“ S. 154, 155

77. Individualpsychologie und Transaktionsanalyse

„Berne übernahm von [Alfred] Adler vor allem die Überzeugung, das Erlebens- und Verhaltensweisen eines Menschen am ehesten verstanden werden können, wenn das Ziel ins Auge gefasst wird, auf das sie gerichtet ist. […] >>Wenn ich das Ziel einer Person kenne, so weiß ich ungefähr, was kommen wird. Und ich vermag es dann auch, jede der aufeinanderfolgenden Bewegungen einzureihen (…) Dazu kommt noch, dass auch der Untersuchte nichts mit sich anzufangen wüsste, solange er nicht nach einem Ziel gerichtet ist. (…) durch ein Ziel bestimmte Lebenslinie. […] “ S. 155

78. Innerer Saboteur nach Steiner: Hexen-Eltern, Feind, Teufel, der Andere

„Diese Instanz könne sich als innere Stimme, als Neigung oder als vollzogene Handlung bemerkbar machen. […] Es handle sich um eine innerpersönlich wirksame Instanz wie um eine, die sich nach außen zwischenpersönlich auswirken könne, wie das ja bei den Ich-Zuständen allgemein der Fall ist.“ S.157

„>>Innerer Saboteur<< ist eine Bezeichnung, die rein beschreibend ist. […] Eine Behandlung gegen die Auswirkungen dieser Instanz muss nach Steiner erreichen, dass der Patient seinem inneren Saboteur nicht erlaube, einen Einfluss auf seine

übrige Persönlichkeit auszuüben; es sei dem Saboteur >>jede Energie zu entziehen; er sei außer Funktion zu setzen<<." S.158

„Steiner meint [hingegen], solange diese Instanz wirke, lasse sich sehr wohl sagen, dass wir für unsere Handlungen nicht voll verantwortlich seien. […] Mit der Verinnerlichung [des inneren Saboteurs] sei etwas Bestandteil der Persönlichkeit geworden. Als Erwachsener sei der Patient nun selbst verantwortlich für das, was er sich und anderen antue. Es sei deshalb nicht möglich, sich einfach den inneren Saboteur wie eine lästige fremde Person vom Halse zu schaffen." S. 159

79. Interventionen

„sind gezielte Äußerungen des Psychotherapeuten, des Beraters oder des Erziehers, die den Zweck haben, den Patienten, Klienten oder zu Erziehenden dem Ziel näher zu bringen." S. 159

„Immer ist wichtig, wie ein Patient auf eine Intervention reagiert. […] Es sei wichtig, sich klar zu sein, an welchen Ich-Zustand sich die Interventionen richte und was sie bei den anderen Ich-Zuständen ausrichten oder sogar anrichten (!) könne." S. 160

80. Intuitionen

„Unter geeigneten Umständen angewandt ist nach Berne eine intuitiv gewonnene Erkenntnis zuverlässiger und genauer als eine solche auf Grund bewusster Schlussfolgerungen und bewusster Beobachtungen. […] Feststellungen können nach Berne auf logischen Schlussfolgerungen beruhen, die auf Grund von bewussten Wahrnehmungen bedacht getroffen worden sind […]. Dieselben Feststellungen können aber auch das Ergebnis von Wahrnehmungen sein, die ihrerseits nicht bewusst sind, aber sich mit früheren Erfahrungen verbinden. Dieser Prozess geht dann unterhalb der Bewusstseinsschwelle von sich." S.164

„Feststellungen können schließlich auf Wegen zustande kommen, die bis heute, insofern wir über sinnliche Wahrnehmungen orientiert sind, unerklärlich sind. Es sind vielleicht Folgen dessen, was heutzutage vielleicht als >>außersinnliche Wahrnehmungen<< bezeichnet wird. […] Die intuitiv gewonnene Erkenntnis selbst brauche dabei nicht bewusst zu sein, könne aber gegebenenfalls aus den Reaktionen dessen, der intuitiv und unbewusst seine Folgerungen gezogen hat, erschlossen

werden. […] Die intuitiv gewonnenen Eindrücke, die sich aus der persönlichen Begegnung mit dem Patienten ergeben, sind von den Überlegungen, die zu einer in Worte gefassten Diagnose führen, grundsätzlich zu unterscheiden. Mehrere erfahrene Psychiater, die einen bestimmten Patienten kennen lernen, können denselben intuitiv gewonnenen Eindruck von ihm gewinnen, aber davon unabhängig verschiedene Diagnosen formulieren, je nachdem, was sie unter der betreffenden Diagnose verstehen.

Intuitive Fähigkeiten können nach Berne geübt werden. Ein Zustand von ausgesprochener Wachheit und Empfängnisbereitschaft bei auf den Patienten konzentrierter Aufmerksamkeit sei eine besonders günstige Vorrausetzung. […] Die intuitive Menschenkenntnis könne auch durch sofort einsetzende rationale und logische Überlegungen gestört werden, ebenso aber durch moralische Voreingenommenheit […]." S. 165

„Wenn wir wissen wollen, was geschieht, wenn sich zwei Menschen begegnen, so haben wir die intuitiven Prozesse, die sich zwischen ihnen abspielen, zu berücksichtigen. Was jemand unterschwellig kommuniziert, ist psychologisch im allgemeinen viel wichtiger als was er inhaltlich sagt." S.166

81. Kinderzahl und Geschwisterkonstellation

„Erwartungen hinsichtlich des Schicksals der Kinder sind ohnehin im Skript der Eltern verankert und bilden eine wichtige Quelle für das Skript der Kinder, weil sich die Eltern gegenüber ihren Kindern verschieden verhalten, je nachdem, ob ihre Geburt und ihr Geschlecht ihre Erwartungen erfüllt hat oder nicht." S. 166

„Nach Berne spielt die Rivalität eines Kindes gegenüber dem Nachgeborenen eine besondere Rolle, wenn letzteres weniger als sieben Jahre jünger sei. […] Eine Mutter, deren Skript dahin lautet, sie werde im Alter pflegebedürftig werden, kann eines ihrer Kinder dahin zu beeinflussen suchen, dasss es ledig bleiben und sie im Alter pflegen wird. Diesem Kind, wenn es diese Botschaft seinerseits in seinem Skript verankert, wird es besonders schwer fallen, seine eigenen Wege zu gehen, und wenn es das tut, kann die Mutter krank werden, um es zurückzuhalten." S.167

82. Kindheitsdrama

„eine problematische Kindheitssituation, die der Betreffende als Erwachsener sich unbewusst zu wiederholen gedrängt fühlt. Diese Wiederholung kann die ganze Lebensspanne in Anspruch nehmen oder sich immer wieder neu abspielen." S. 167

83. Kleiner Professor auch: kleiner Pfiffikus, kleiner Schlaumeier

„Zusammengefasst verband Berne mit dem Begriff des (kleinen) Professors Klugheit, Pfiffigkeit oder Gewitztheit [shrewdness], worin er die intuitiv-naive Menschenkenntnis wohl einschloss." S. 170

84. Kognitive Psychotherapie oder kognitiv orientierte Verhaltenstherapie und Transaktionsanalyse

„Die kognitive Psychotherapie beruht auf der Erfahrung, dass Kognitionen, vor allem Gedanken und Überzeugungen, Gefühle auslösen können und über diese bestimmte Verhaltensweisen. […] Die Verfechter der >>klassischen<< Verhaltenstherapie entdeckten, dass es nicht unwissenschaftlich, sondern durchaus sinnvoll sein kann, bei den Patienten in Berücksichtigung zu ziehen, was in ihnen abläuft und nun aus Mitteilungen ersichtlich ist. […]

Früher lehnten die kognitiv orientierten Psychotherapeuten mit Überzeugung tiefenpsychologische Verfahren ab. Es sei einerseits unnötig und mit viel zu grossem Aufwand verbunden, vielleicht sogar therapeutisch unwirksam, auf frühe Kindheitserfahrungen zurückzugreifen, selbst wenn die fehlerhaften Gedanken und Überzeugungen darauf zurückgehen sollen und anderseits sei auch die Aufdeckung verdrängter und abgewehrter Gedanken, Gefühle, Phantasien abzulehnen. Heute hat sich ihnen auch der Rückgriff aus Kindheitserlebnissen bewährt, wenn auch nicht als systematisches Verfahren; die Aufdeckung von verdrängten und abgewehrten Problemen ist kein Tabu mehr. Damit kommt die kognitiv orientierte Psychotherapie heute ganz in die Nähe der Transaktionsanalyse, in der kognitiv-psychotherapeutischer und analytisch-psychotherapeutische Überlegungen und Verfahren miteinander verbunden sind." S. 171

„Die Beziehung der kognitiven Psychotherapie zur Transaktionsanalyse sind eng. Die >>irrationalen Überzeugungen<< oder >>automatischen Gedanken<< sind das, was in der Transaktionsanalyse die Botschaften als Mahnungen formuliert werden […]." S. 173

„Nach Epiktet, der in der Kognitiven Therapie gerne angeführt wird, sind, was die Menschen bewegt, nicht die Dinge selbst, sondern die Ansichten, die sie von ihnen haben. […] Nur vorsichtig nähern sich die kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten auch der Erkenntnis, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Psychotherapie eine wichtige, oft entscheidende Rolle spielt, immerhin zählt eine gute Therapeut-Klienten-Beziehung bei manchen von ihnen bereits zu einer wichtigen Bedingung einer erfolgreichen Psychotherapie." S. 174

85. Kommunikationsregeln nach Berne

„Eine Kommunikation bricht nach Berne zusammen, wenn es zu einer unstimmigen Transaktion mit sich kreuzenden Botschaften kommt oder umgekehrt: Wenn eine Kommunikation abbreche, sein eine unstimmige Transaktion erfolgt.

Er behauptet an einer Stelle, dass eine aus diesem Anlass unterbrochene Kommunikation erst wieder aufgenommen zu werden pflege, wenn die >>Kreuzung<< aufgedeckt und berichtigt worden sei. […] Was zwischen den Partnern geschieht, lässt sich aus dem ablesen, was auf der Beziehungsebene abläuft und nicht aus den Botschaften, die auf der Sachebene ausgetauscht werden." S. 175

86. Kommunikationstherapie und Transaktionsanalyse

„Kommunikationstherapie ist gleichbedeutend mit Kommunikationslernen und damit ein Zweig der Verhaltenstherapie. […] Kommunikationslernen ist auch außerhalb der Psychotherapie auf dem Gebiet jeder Beratung, auch Organisationsberatung, auf dem Gebiet der Erwachsenenbildung und für den Umgang mit Kindern in Erziehung und Schule sinnvoll." S. 176

„Kommunikationstherapie verbindet sich in der Praxis mit der Förderung von Emanzipation und Autonomie und der Achtung von der Andersartigkeit der Mitmenschen, dem >>Wunder des Andersseins<< (Martin Buber). Ich merke hier an, dass der Begründer der Gestalttherapie Fritz Perls bei echten Kontakt zwischen zwei Menschen die >>Anerkennung von Unterschieden<< vorraussetzt ja, den Begriff >>Kontakt<< sogar so deutet!" S. 176

„Voraussetzungen einer konstruktiven Kommunikation ist der Wille, sich mit anderen auf der Sachebene wie auf der Beziehungsebene >>zu verstehen<<. S. 177

„wichtigste Fähigkeit besteht darin, dem anderen wirklich zuhören zu können, besonders auch, wenn es um ein Anliegen oder die Darlegung eines Problems geht.“ S. 178

87. Konfrontation als therapeutische Intervention

„Wichtig ist das Konfrontationen wohlwollend angebracht werden, nie >>von oben herab<< aus einer kritischen Elternhaltung, nie aus einer Verfolgerrolle (Manipulative Rollen). […]

Beginne eine Konfrontation mit >>aber<< (>>Aber Sie haben mit doch gestern gesagt …<<), werde der Patient zu einem Rechthabe-Spiel eingeladen ! Es kann nach Berne sinnvoll sein, eine auf der Hand liegende Konfrontation zu vermeiden, wenn zu erwarten ist, dass der Patient damit überfordert wird.

Die Frage: >>Darf ich Ihnen sagen, was mir eben auffällt? << kann meines Erachtens eine gute Einleitung sein, wenn ich einen Patienten mit einer Konfrontation unterbrechen will […]. S.180

88. Krankheitsgewinn bei Neurosen

„Konflikt zwischen einem triebhaften Impuls und einem inneren Verbot (>>Versagung<<) […]. S. 181

89. Kristallisation als therapeutische Intervention

Darunter „versteht Berne den Akt, mit dem der Patient, und zwar als >>Erwachsenenperson<<, vor die Entscheidung gestellt wird, ein Verhalten abzulegen, das krankhaft ist oder doch sein Erleben und Verhalten einschränkt und nach Ansicht der Transaktionsanalyse ein erfülltes Leben verunmöglicht.“ S. 182

90. Lebenslüge

„eigene Lüge über sich selbst, die darin bestehe, die Illusion einer grundsätzlichen Überlegenheit über andere unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. Damit werde einer selbstverantwortlichen und konstruktiven Lösung der Lebensaufgaben ausgewichen. […] wenn jemand eine Schwäche oder eine Krankheit nicht einfach akzeptiert, sondern sie ausnutzt, um andere dazu zu bringen, sich ihm unterzuordnen […]. Auch wenn jemand durch ein eigenes Ungeschick scheitert und

anderen die Schuld dafür gibt, schreibt Adler [Alfred Adler] von einer Lebenslüge.“ S. 185

91. Lebensstilanalyse und Transaktionsanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Auslegung der so genannt >>frühesten Kindheitserinnerungen<<

„Der Therapeut und sein Patient oder der Berater und sein Klient versuchen gemeinsam, das in der frühen Kindheit durch Schlüsselerlebnisse begründete Selbst- und Weltbild zu entdecken, das dem Erleben und Verhalten auch heute noch zugrunde liegt. […] [Die] damit verbundene Verkennung der Realität können in der Folge korrigiert werden. […] Eine andere Methode der Lebensstilanalyse ergibt sich aus der Analyse der Situationen, in denen sich der Patient besonders gut oder besonders schlecht fühlt oder aus der Beantwortung ausführlicher Fragebogen.“ S. 186

„Der Lebensstil ist die im Kindesalter aufgrund der Einstellung zu sich selbst, zum Leben und zu den anderen unbewusst geprägte Zielsetzung eines Menschen. Sie motiviert seine Handlungen“. S.188

92. Leitziele

„(1.) die Verantwortung für seine Bedürfnisse, Gefühle, Urteile und Entscheidungen zu übernehmen, (2.) die Realität so zu sehen, wie sie ist, (3.) aufrichtig und redlich mit den Mitmenschen und sich selbst umzugehen. […] Mut, Entscheidung und Fähigkeit, (4.) anstehenden Problemen nicht auszuweichen, sondern ihre Lösung eigenständig anzupacken, (5.) aus allen, auch aus unangenehmen und schmerzlichen Erfahrungen zu lernen, durch Sie zu wachsen und sie nicht zu verdrängen, und (6.) sich mit sozialen und umweltlichen Problemen zu befassen.“ S. 188

„Wir sind nicht in jeder Beziehung selbst verantwortlich für unser Schicksal, aber wir sind dafür verantwortlich, wie wir uns mit der Realität auseinandersetzen, und zwar emotional und kognitiv. Gleichzeitig bedeutet Eigenverantwortlichkeit den Verzicht auf eine symbiotische Dauerhaltung. […] Zur Redlichkeit in mitmenschlichen Beziehungen gehört nach Berne vor allem auch Aufrichtigkeit und die, wenn auch kontrollierende Bereitschaft zur […] Direktheit, insofern eine

solche den Kommunikationspartner nicht überfordert. Zur Redlichkeit im Sinn einer mitmenschlich bezogenen Autonomie rechne ich auch die Förderung und Bejahung einer autonomen Einstellung bei Menschen, mit denen ich zu tun habe. Zur Redlichkeit über sich selbst, gehört ebenfalls Aufrichtigkeit. […]
Besonders von j: Schiff und ihren Mitarbeitern wird betont, dass jemand, der >>autonom<< ist, seine Probleme und ihre Lösungsmöglichkeiten erkennt und nicht ausblendet. Jeder sei fähig, seine Probleme ohne symbiotische Ansprüche zu lösen." S. 189

93. Lieblingsgefühle

„Im Schrifttum der Transaktionsanalyse werden als besonders häufige Lieblingsgefühle aufgezählt: Schuldgefühle, Ärger, Wut, Gekränktheit, Angst, Minderwertigkeitsgefühle, Depressivität, Nervosität, Verlegenheit, Verwirrtheit, Groll, Blockiertheit. Nach der Erfahrung von Berne sind 90% aller Gefühle Lieblingsgefühle, insbesondere Ärger und Wut [anger]. […] Wer sein Lieblingsgefühl oder seine vertraute Verstimmung abbauen will, um sich durch solche nicht abhalten zu lassen, anstehende Schwierigkeiten oder Probleme sofort anzupacken, tut nach meiner Erfahrung gut daran, diese Gefühle nicht >>zu verdammen<< und sich Vorwürfe zu machen, dass er ihnen immer wieder verfällt, sondern einfach langsam auf dreißig zu zählen und dann in seine >>Erwachsenenperson<< zurückzukehren." S. 193

94. Missachtung auch: Abwertung, Geringschätzung

„Unter Missachtung wird in der Transaktionsanalyse eine mangelnde Beachtung (Übergehen, Übersehen, Nicht-Voll-Nehmen, Nicht-Ernst-Nehmen, Nicht-Wichtig-Nehmen) […] verstanden. Missachtung ist also, im Gegensatz zur Ausblendung, ein zwischenmenschlicher Vorgang, es sei denn, ich missachte mich selbst." S. 200

95. Name

„Der Vorname, der einem Kind gegeben wird, kann wie eine etikettierende Zuschreibung wirken, je nach dem, was den Eltern bei der Namensgebung vorgeschwebt hat oder aber auch, was das […] Kind damit für eine Bedeutung

verbindet. Es kann den Namen als Selbstbild auffassen (>>So bin ich!<<) oder als Selbstideal (>>Ich müsst´ eigentlich so sein!<<).
Der Name ist sozusagen ein Programm und gestaltet das Skript mit. Ein Vorname aus der Verwandtschaft oder aus dem Bekanntenkreis, der Vorname einer historischen oder legendären Persönlichkeit hat Vorbildcharakter, sozusagen ein >>verschriebener Skriptheld<<.
Nach meiner Erfahrung erleben manche Kinder (und Erwachsene) auch die Lautfärbung des Namens als bedeutungsvoll. […] Fragen nach dem Programm, das sich mit dem Vornamen verbinden könnte, eignen sich bei einer vorgesehenen Skriptanalyse als eine Probe, um festzustellen, ob der Patient leicht oder schwer Zugang hat zu tiefenpsychologischen Gedankengängen" S.201
„>>Wer hat Ihren Vornamen gewählt?<<, >>Nach was für einem Vorbild wurde dieser Vorname gewählt?<<, >>Könnte es sein, dass Sie bereits als Kind, wenn auch völlig unbedacht, diesem Vorbild gerecht zu werden versuchten, um Erwartungen der Eltern in dieser Hinsicht entgegenzukommen?<<" S.201,202.

96. Neubeelterung nach J. Schiff

„Bei einer klassischen Neubeelterung werde die Kranken ermuntert, bis ins Kleinkindes- oder Säuglingsalter zu regredieren, wozu die Kranken ohnehin eine Neigung zeigten. Sie werden dann ein einer familiären Umgebung, in der Therapeuten als Pflegeeltern funktionieren, wie wirkliche Kinder aufgezogen, als Säuglinge also gewickelt und mit der Flasche ernährt. Sie wachsen bis zum >>Jugend<<- und >>Erwachsenenalter<< heran, wobei in drei bis sechs Wochen eine Entwicklung durchlaufen wird, die ungefähr einem Lebensjahr entspricht. Dabei werden sie wie Kinder des jeweils entsprechenden Alters behandelt und erzogen.
Die Erfolge stellt sich Schiff [für jugendliche Schizophrene] so vor, dass durch die völlige Regression die bisherige >>Elternpersön<< der Patienten, die Verinnerlichung der leiblichen Eltern, >>ausgelöscht<< und durch eine neue >>Elternperson<< als Verinnerlichung der Pflegeeltern ersetzt werde. […] Die Vorstellung einer >>Auslöschung<< des früheren Eltern-Ichs widerspricht allerdings, dass es zu Rückfällen bei bereits geheilten Patienten kommen kann, wenn sie mit ihren leiblichen Eltern wieder in Kontakt treten. […]

Das Wort Neubeelterung bezeichnet also eine bestimmte bestimmte Behandlungsmethode […]. Die >>Kinder<< werden von den >>Pflegeeltern<< zwar hingebungsvoll betreut, aber auch mit solchen Gewaltmaßnahmen >>erzogen<<, dass die Begründerin dieser Therapie, weil sie sich gegen Supervision sträubte, ihre Mitgliedschaft in der Internationalen Gesellschaft für Transaktionsanalyse verloren hat. […]

Im Gegensatz zu ersten enthusiastischen Veröffentlichungen (1969, 1970), berichtet Schiff später auch von dem Misserfolgen […]. In der Überlieferung der Transaktionsanalyse nehmen die Erfahrungen und Veröffentlicheungen von Jacqui Schiff und ihren Mitarbeitern trotz ihren beanstandeten erzieherischen Strafmaßnahmen einen hohen Stellenwert ein, insbesondere weil wertvolle Begriffe und Modelle, die nicht an die Behandlung von Geisteskranken gebunden sind, durch die Schiff-Schule in die Transaktionsanalyse eingeführt worden sind (Ausblendung, Beelterung, Bezugsrahmen, Passivität, Realitätsverkennung, Symbiose). " S. 202, 203, 204

97. Neuentscheidung

„Zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Behandlung bricht der Patient nach Berne dann plötzlich aus seinem Skript aus.

Eine solche Neuentscheidung könne ganz plötzlich- wie eine art Bekehrung – vor sich gehen. Der >>Patient<< fühle sich nicht mehr krank, sondern gesund. Die wichtigsten Symptome seien behoben, wenn auch noch gewisse Behinderungen und Schwächen bestehen blieben, nun aber von einem anderen Standpunkt aus (Berne: >>objektiv<<, besser: kognitiv) angegangen werden könnten (kognitive Psychotherapie)." S. 204

98. Neuentscheidungstherapie nach R. u. M. Goulding

„ist ein therapeutisches Verfahren, das durch Robert Goulding und Mary McClure Goulding eingeführt worden ist. Es liegt ihm die Überlegung zugrunde, dass es das Kleindkind war, das seinerzeit die Skriptentscheidung fällte, sich dem tatsächlichen oder vermeintlichen Verbot oder Gebot eines Elternteils zu unterziehen.

Dementsprechend habe sich der Petient, der eine Neuentscheidung fälle, auch wieder in dieses Alter zurückzuversetzen. Der Patient wird aufgefordert, eine Szene

aus der Kleinkinderzeit wieder zu erleben, in der er eine >>Entscheidung<< getroffen habe, die sich heute noch negativ auswirke. […] Es geht darum, dass der Patient in der Rolle als Kleinkind sich jetzt dem Gebot oder verbot nicht unterzieht, sondern seine Autonomie behauptet." S. 205

„Wie in der Psychoanalyse vom >>Auftrieb des Verdrängten<< gesprochen wird, so ist in der Gestalttherapie von einem >>unerledigten Geschäft<<, also einem Geschäft, das gleichsam noch der Erledigung harrt.

Die Neuentscheidung, […] wäre eine solche Erledigung." S.206

99. Neurosen Bemerkungen von Berne zu den Neurosen

„werden im allgemeinen Störungen des Erlebens und Verhaltens verstanden, die nicht durch körperliche Krankheiten bedingt sind, aber auch nicht als Psychosen oder als Persönlichkeitsstörungen betrachtet werden.

Als Neurosen im engeren Sinn werden meistens Störungen angesehen, die nach tiefenpsychologischen Verständnis missglückte Konfliktlösungen sind […].

„Trauma ist das griechische Wort für >>Verletzung<< oder >>Wunde<<. Es wurde von dem Pariser Neurologen Charcit (1925 – 1893) in die Neurosenlehre eingeführt. […] wobei sich die Psychoanalyse besonders mit der Wirkung von Traumata beschäftigt, die sich in der Kleinkindheit ereignet haben.

Psychische Traumen sind Situationen, die ein Kind oder auch Erwachsene emotional überfordern. Diese Situationen können einmalig sein oder in einem fortdauernden Druck bestehen." S. 206, 207.

Kriegsneurosen

„Berne spricht von Kriegsneurosen, wenn Störungen des Erlebens und Verhaltens darauf zurückzuführen sind, dass jemand – gegebenenfalls auch in zivilen Verhältnissen – entweder selbst einen Menschen umgebracht hat oder miterlebt hat, wie andere umgebracht wurden, besonders wenn er mit diesem befreundet war.

Es gebe Menschen die noch zwanzig oder dreißig Jahren an Störungen leiden, die auf solche Ereignisse zurückzuführen sind, so Veteranen, die den Vietnamkrieg durchgemacht haben.

Menschen, die an Kriegsneurosen leiden, sind an die vergangenen Ereignisse fixiert und lebten nicht wirklich in der Gegenwart. Von dieser Fixierung seien sie zu lösen, um zu lernen, hier und jetzt zu leben." S.208

Soziale Angst
„wird sonst verstanden, dass jemand sich in krankhaften Ausmaß befangen fühlt, wenn er in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit auf sich zieht, ganz besonders, wenn er öffentlich oder vor einem großen Kreis sprechen sollte.“ S. 210

100. Notausstieg [escape hatch] auch: Hintertür, Ausstiegslucke

„Wird aber einem Patienten verunmöglicht, andere durch psychologische Spiele zu manipulieren, so kann er einer existentiellen Verzweiflung verfallen und aus dieser heraus nach weiteren Möglichkeiten suchen, um nicht gesund, nicht autonom und selbstverantwortlich zu werden zu müssen.

100.1 Mitteilen von Selbstmordgedanken an eine Gruppe

„John erzählte später in der Gruppe, dass er in Versuchung sei, sich umzubringen. Die Gruppenteilnehmer reagierten nicht damit, dass sie in eine Retterrolle (Dramadreieck) verfielen oder ihm doch zum mindesten zuredeten, auf sein Vorhaben zu verzichten, sondern sie wiesen ihm vielmehr nach, inwiefern seine Idee, sich umzubringen, mit seine Beziehung zu den Eltern und nun auch zum Therapeuten zusammenhinge und ebenfalls manipulativ sei.

Darauf gab John den Plan auf, sich umzubringen.

Dafür berichtete er später davon, dass er manchmal den Drang verspüre, andere Leute zusammenzuschlagen oder zu töten.“ S. 212

„Hollowa schreibt, Notausstiege würden ein >>Aussteigen<< aus überwältigendem Streß ermöglichen oder aus einem Leben, das unter der Wirkung destruktiver Grundgebote >>unerträglich<< geworden sei. […] Bei der Verriegelung der Notausstiege nach Holloway handelt es sich aber nicht um Terminverträge, sondern um Entscheidungen! […]“ S. 212

„Der Patient soll sich, wenn irgend möglich, schon zu Beginn der Behandlung als Erwachsenenperson dazu entscheiden, sich nie und unter keinen Umständen je umzubringen, andere umzubringen oder verrückt zu werden.“ S.212

„Als Erwachsenenperson kann sich ein Patient nur auf die Gegenwart beziehen: >>Ich kann mir nicht vorstellen, mich je umbringen zu wollen!<<. S. 213

101. Notvertäge nach R. u. M. Goulding

Nicht-Suizid-Vertrag

„Es sind die Nicht-Suizid-Verträge für suizidale Patienten, die Nicht-Psychose-verträge, für Patienten, bei denen die Gefahr besteht, dass eine psychotische Episode ausbrechen könnte, und die Nicht-Tötungs-Verträge bei Patienten, bei denen eine krankheitsbedingte Neigung besteht, jemanden umzubringen.

Sie werde angehalten, sich zu entscheiden, sich bis zu einem bestimmten Termin nicht umzubringen, nicht in eine episodische Psychose auszuweichen, niemand anderen umzubringen oder ernsthaft zu gefährden.“ S.213

„Sie schließen mit Patienten, die suizidal sind, nachdem sie nach Motiven für einen allfälligen Suizid gefragt haben einen Vertrag ab, sich auf jeden Fall während eines oder mehrerer Tage oder Wochen nicht umzubringen. Dieser Vertrag ist pünktlich zum gesetzten Termin zu erneuern, bis der Patient eine Neuentscheidung getroffen hat, sich keinesfalls umzubringen. […]

Die beste Reaktion auf einen Nicht-Suizid-Vertrag besteht nach meiner Erfahrung darin, dass der Patient sich danach sichtlich erleichtert und freier fühlt“ S. 214

„Viele Therapeuten sind überzeugt, dass eine von gegenseitigem Vertrauen getragene menschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut die wichtigste Versicherung ist, dass der Patient, wenn er wieder Suizidideen haben sollte, offen darüber spricht.

Dass ihm dies jederzeit möglich ist, sollte ihm vom Therapeuten versichert werden. […] Ein Restrisiko wird bei einem wirklich suizidalen Patienten ohnehin bleiben.“ S. 214

Nicht-Psychose-Vertrag

„Es wird durch ein eingehendes Gespräch klargestellt, durch was für Umstände jeweils psychotische Episoden ausgelöst worden sind […]. Sie werden dann aufgefordert, zu versprechen, solche Umstände zu meiden, gegebenenfalls ihre Medikamente einzunehmen, allenfalls sogar bei bestimmten Gesprächsthemen die Gruppensitzungen zu verlassen.“ S.214

102. Organisationsberatung

102.1 Persönlichkeitsentwicklung

„Mir geht es um die Verbesserung der individuellen Arbeitssituation des Klienten, seines Wohlbefindens und seiner Arbeitswirksamkeit.

Es setzt dies eine Entwicklung seiner Persönlichkeit voraus und damit auch eine Veränderung seiner selbst.

Als Transaktionsanalytiker lege ich Wert darauf,

[1] dass der Betreffende lernt, sich selbst und andere zu akzeptieren,-

[2] dass er bereit ist, neue reale Gegebenheiten in seine Reaktionen und Handlungen zu berücksichtigen, -

[3] dass er sich seiner Bedürfnisse und Handlungen einschließlich deren Auswirkung bewusst wird,

[4] dass er fähig wird, gemeinsam mit anderen an der Lösung von Problemen zu arbeiten, ohne viel Energie für Machtkämpfe und andere unproduktive Angelegenheiten zu verwenden

[5] Als gesunde, erfolgreiche Persönlichkeit sehe ich jemanden, der Initiative zu Problemlösungen ergreift und dabei nicht nur seine eigenen Bedürfnisse, Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, sondern auch diejenigen anderer Menschen sowie die bedeutsamen Aspekte der realen Situation berücksichtigt.“ S. 217

„Der arbeitende Mensch kann durch zu starre, einengende Arbeitsbedingungen seine Potentiale nicht entwickeln. Dazu kommt aber, dass neurotische Menschen eine Einstellung zur Arbeit mitbringen, die genau so einengend sein kann wie die äußeren Umstände.

Der Trainer, der nur eine der beiden Seiten im Auge hat, nimmt einen einseitigen Blickpunkt ein.

Die Erkenntnis eines Teilnehmers, dass seine Arbeitsprobleme nicht nur das Ergebnis >>unmöglicher<< Bedingungen sind, sondern auch Ausdruck eigener, persönlicher Probleme, ist für ihn zunächst schockierend, häufig aber auch das Motiv, selbst Schritte zur Veränderung der Situation zu übernehmen.“ S. 217, 218

102.2 Berufliche Sozialisation

„ist die Entwicklung einer Person unter den spezifischen Bedingungen eines Berufsfeldes.

Eine der entscheidenen Schritte besteht darin, den Beruf oder die Tätigkeit auszuwählen, die der eigenen Person entsprechen.

Dies setzt die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse vorraus und erfordert in der Regel einen längeren Erfahrungs- und Lernprozess.

Die Aufgabe des transaktionsanalytischen Beraters kann es sein, diesen Erfahrungs- und Lernprozess zu begleiten. S. 218

102.3 Industrielle Psychopathologie

„Gesamtheit der möglichen psychischen Störungen oder Krankheiten, die durch die industrielle Arbeitsbedingung mitbedingt werden.

Sie umfasst die Auswirkungen von arbeitsbedingten Rollenkonflikten sowie qualitativen und quantitativen Überforderungen.

Sie umfasst weiter psychische und psychosomatische Störungen, die im Arbeitsbereich auf fehlende Übereinstimmung zwischen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Person einerseits sowie Rollenerwartungen und Anforderungen durch die Umgebung andererseits zurückzuführen sind (Freese 1978).“ S. 218

102.4 natürliche Autorität des Trainers

„die Fähigkeit, den Klienten spüren zu lassen, dass er akzeptiert wird, dass seine Erlebniswelt verstanden und nicht gewertet wird.“ S. 219

102.5 Entscheidungsorientiertheit

„Ein Ziel der beraterischen Tätigkeit besteht darin, dass der Klient, selbständig entscheiden lernt.

Voraussetzung ist eine konstruktive Auseinandersetzung mit sich selbst, die zu einer Änderung des Selbstbildes führt, zu größerer Selbstachtung, zu größerer Bereitschaft, Informationen entgegen zu nehmen und zu verwerten.“ S. 219

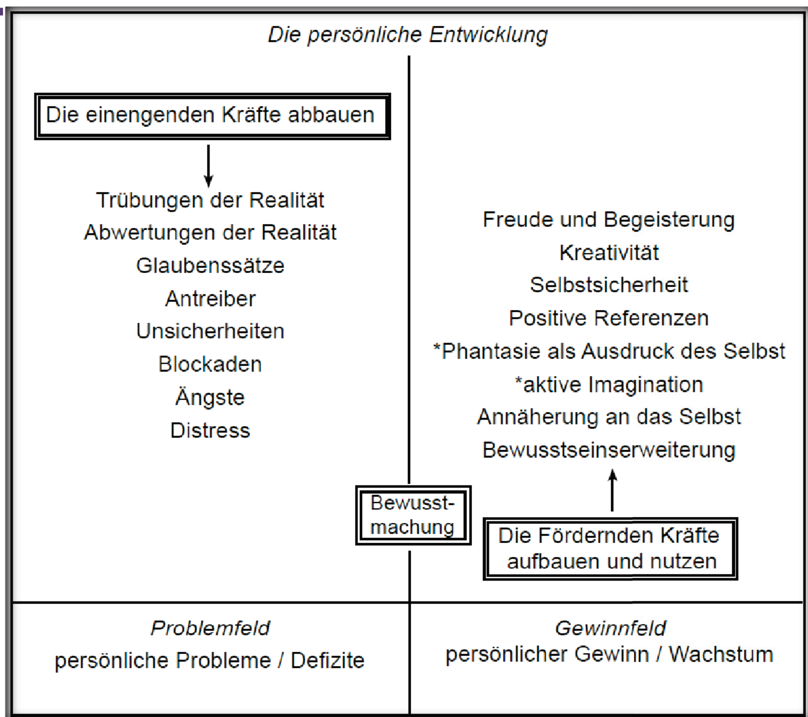


Abbildung 2: Die persönliche Entwicklung, Vgl. S. 220

102.6 Wachstumsorientiertheit [personal growth]

„Die persönliche Problematik vieler Mitarbeiter und Führungskräfte in Organisationen ist in einer Entscheidungsunsicherheit begründet. Diese basiert auf einer sklavischen Abhängigkeit von einschränkenden Kräften wie von Trübungen der Realität, negativen Glaubenssätzen, Antreibern, neurotischen Ängsten und Blockaden einerseits und auf dem Mangel an fördernden Kräften wie Freue und Begeisterung, Selbstsicherheit, Kreativität und Phantasie andererseits (s. Abb.).“ S.220

„Der Wohlstand unserer Gesellschaft ergibt sich aus einer auf Wachstum und Gewinn gerichteten Zielsetzung. Das darf bei der Anregung zu persönlicher Weiterentwicklung nicht übersehen werden.

Der Preis für die persönliche Weiterentwicklung ist aber eine vorübergehende Selbstverunsicherung.

Viele Manager meinen, sich eine solche Schwäche nicht leisten zu können in einer Umwelt, die eine eher machtorientierte Beziehungsstruktur hat und in der konkurrenzorientiertes Verhalten vorherrscht.

Das Wagnis verlangt Selbstvertrauen, Selbstbejahung und Entscheidungsfähigkeit, Eigenschaften, die im Mittelpunkt transaktionsanalytischer Persönlichkeitsentwicklung für Führungskräfte stehen.“ S. 221

„Zu Wegbereitern transaktionsanalytisch ausgerichteter Organisationsberatung gehören vor allem Jut Meininger (1973) sowie Dorothy Jongeward (1973/² 1976), auch mit Phillips Seyer (1978).“ S. 222

103. Paartherapie Berne: Ehetherapie

„Schließlich frage es sich, ob die Partner eine gleichsam neue Ehe auf bewusster und konstruktiverer Grundlage eingehen oder sich trennen wollen.“ S. 223

104. Persona

„(1.) wie jemand sein möchte oder zu sein glaubt, ohne es wirklich zu sein; (2.) wie jemand der Mitwelt erscheinen möchte; (3.) wie >>man<< nach den Erwartungen der Gesellschaft […] zu sein hat, also eine soziale Rolle (Ich-Zustand: Rolle)“ S. 224

Die Persona ist nach Berne die Art, wie jemand von anderen gesehen werden wolle, meistens wohl um einen günstigen Eindruck zu machen. […] Die Persona sei eine Maske vor dem Selbst, aber damit auch ein Schutz vor einem >>Eindringen in die Privatsphäre<< und ein Akt instinktiver Vorsicht.“ S. 224

„Jedermann gebe sich viel Mühe, seine Persona aufrecht zu erhalten; wenn ihm dies aber nicht sicher gelinge – d.h. wohl, sich so zu verhalten, wie es der Persona entsprechen würde -, habe der Betreffende ständig Angst, seine Persona breche zusammen, wenn er mit anderen zusammen sei.

Das könne für ihn das Motiv sein, anderen aus dem Weg zu gehen. […]

wer aufrichtig sei und offen sage, was er denke, habe kein Bedürfnis nach einer Persona.“ S. 224

„Es gibt aber nach Berne einen unausgesprochenen >>sozialen Vertrag<<, der lautet: >>Du akzeptierst meine Persona oder Selbstdarstellung und ich akzeptiere deine!<<
Wenn zwei sich begegnen, durchschauen sie sich gegenseitig […].
Diesen Vertrag nicht einzuhalten, gelte als ungehobelt." S.224
„Häufig gestalte das Kind sich seine Persona nach dem Vorbild >>seines Helden<<." S.225

105. Physis

„Die Physis ist nach Berne auch verantwortlich, dass kranke Körper und kranke Seelen nach Gesundheit streben. Bei Psychosen sei diese Physis offensichtlich blockiert." S. 227

106. Psychoanalyse und Transaktionsanalyse

„Das psychoanalytische Behandlungsverfahren versucht die damaligen Konflikte, die durch Verdrängung unvollkommen gelöst worden waren, aufzudecken, emotional nacherleben zu lassen und der bewussten Entscheidung des Patienten zu unterstellen. […] Die Psychoanalytiker versuchen dies typischerweise zu erreichen durch bestimmte Anordnungen. […] Vorraussetzung einer klassischen Psychoanalyse ist, dass die Patienten grundsätzlich fähig sind, sich selbst und was mit ihnen vorgeht, mindestens zeitweise, gleichsam an der Seite des Therapeuten, >>objektiv<< zu betrachten (>>Behandlungsbündnis<<)." S.233

107. Psychodynamik

„innerpsychische Faktoren, die das Verhalten bestimmen […] die Auffassung [nach Freud], dass das Verhalten weitgehend von unbewussten Motiven bestimmt werde." S. 237

108. Psychosen: Allgemeine Bemerkungen von Berne zu den funktionellen Psychosen

„Krankheiten aus der Gruppe der Schizophrenien und die manisch-depressive Gemütskrankheit (Deppression/Enttäuschung/Verzweiflung). Unter der Psychose

wird im allgemeinen eine Erkrankung aus der Gruppe der Schizophrenen verstanden. Berne unterschreidet aktive und latente Psychosen." S. 238
„Nach Steiner handelt es sich bei einem akuten psychotischen Schub um den Durchbruch des unbefangenen oder natürlichen >>Kindes<< nach einer Periode, in der es durch eine dominierende >>Elternperson<< völlig unterdrückt gewesen sei." S. 239

109. Psychotherapie

„eine Anregung, Vermittlung oder Provokation von verwandelter Einsicht, verwandeltem Erleben und/oder verwandelten Verhalten handelt. […] Um Psychotherapie genannt zu werden, muss das Verfahren sich allerdings, wie J. H. Schultz bemerkt, auf jedem Fall nach einem klaren Ziel richten und mit einer klaren Methode durchgeführt werden." S. 239
„Die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Patient spielt eine wichtige Rolle. Diese Rolle ist für Berne so wichtig, dass er >>Psychotherapie<< als Behandlungsverfahren definiert, dessen Wirkung von der emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Patient abhänge, die vom Therapeuten bewusst zum Wohl des Patienten eingesetzt werde.
Die Art der emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Patient wird als immer wichtiger anerkannt, zunehmend sogar bei den Verhaltenstherapeuten, […].
Der Psychotherapeut stellt Fragen, erklärt, ermutigt, deutet, konfrontiert (Interventionen) und fordert den Patienten zu Besinnung, Entscheidung und zu Verhaltensmodifikationen auf. […], " S. 240

109.1 Umdeutung

„Dabei handelt es sich um eine Auslegung einer Erfahrung, die den Bezugsrahmen des Patienten erweitert oder ändert." S. 241

109.2 Projektion

„Von Projektion wird in der Psychoanalyse gesprochen, wenn eigene, abgelehnte Wesensseiten bei anderen und dann meistens in überbetontem Ausmaß erlebt werden." S. 243

110. Masche, Maschengefühl: engl. Racket, Racketgefühl [racket feeling]

„*unerfreuliche Gefühle oder Verstimmungen*. […] mit einer bedachten oder unbedachten Absicht verbunden. […] eine Befindlichkeit, eine innere oder äußere Verhaltensweise oder Tagträume, die Folgen und zugleich Betätigungen sind von Skriptüberzeugungen." S.247

111. Intrapsychische Analyse / Racketanalyse

„die Analyse dessen, was sich an Überlegungen, Gefühlen und körperlichen Reaktionen >>in<< einem Menschen abspiele und sich auf die Kommunikation, auf die Wahrnehmung, auf die Bedeutung dessen, was erlebt werde, und auf das Verhalten auswirke. […]

In der Praxis gehe es um die Aufdeckung innerer Dialoge, Konfrontation mit leiblichem Verhalten, Analyse des Miniskripts, innerpersönliche Spiele." S. 247, S. 248

„Ein Therapeut muss sich klar sein, meinen die Autoren, ob er sich bei der Therapie auf Verhalten konzentriere, z.B. auf Transaktionen, oder auf innere Prozesse, die dahinter stehen und die er vorerst nur vermuten könne, während das Verhalten offen daliege." S.248

112. Realitätsprüfung

„die Fähigkeit, etwas nur innerlich Vorgestelltes oder Phantasiertes von einer konkreten wahrnehmbaren Gegebenheit zu unterscheiden. […] eine >>objektive<< Betrachtungsweise und Einschätzung der Realität, d.h. unvoreingenommen und wirklichkeitsgetreu. […] die Fähigkeit, die Realität überhaupt richtig zu erfassen, ohne sie zu verkennen (Realitätsverkennung), ein äußerst komplexer Vorgang, von Berne mit einem Computer verglichen:

Sammlung einschlägiger Informationen, deren Verarbeitung und schließlich Auswertung zu Entscheidung und gegebenenfalls Handlung. […] insofern die Erfahrungen der einzelnen Menschen verschieden sind, mag auch ihre Einschätzung und Beurteilung der Realität verschieden sein. S. 248

113. Realitätsverkennung, auch: verfälschte Umdeutung [redefinition]

„Bei einer Verkennung der Realität werden äußere und innere Gegebenheiten nicht zur Kenntnis genommen, verzerrt wahrgenommen oder in ihrer Bedeutung falsch eingeschätzt, weil sie im gewohnten, allenfalls zum Skript erstarrten Bezugsrahmen nicht vorgesehen sind oder widersprechen. […]

(1.) Ausblendung

(2.) Grandiosität

(3.) Denkstörungen […]

Die Realität wird verkannt, damit der gewohnte Bezugsrahmen aufrechterhalten werden kann. […].

In der therapeutischen Situation geht es nach den Autoren darum, den Patienten mit Verkennungen der Realität zu konfrontieren, d.h. gleichbedeutend: seinen gewohnten Bezugsrahmen in Frage zu stellen.

Ein Therapeut, der auf Unverständnis stoße, weil der Patient eine Bedrohung seines Bezugsrahmens abwehren wolle, solle sich nicht verteidigen, sondern ganz einfach auf seiner ursprünglichen Aussage beharren, […]. S. 249

114. Regression

„wird in der Psychologie, insbesondere in der Tiefenpsychologie, etwa >>Zurückversetzung<< verstanden, nämlich die Wiederbelebung von solchen Erlebens- und Verhaltensweisen, die einer früheren Entwicklungsstufe des Einzelnen oder des Kulturkreises, in dem er lebt, entsprechen." S.249, 250

Beispiel

„Ein kleiner Junge hat das gewohnheitsmäßige Saugen am Daumen aufgegeben, als er zwei Jahre alt geworden war. Wie aber ein Schwesterchen geboren wird, beginnt er wieder damit, wohl als Trost, da er sich jetzt von der Mutter emotional vernachlässigt vorkommt. Die Veranlassung zu dieser Regression ist also eine emotionale Belastung." S. 250

115. Reife

„Reif sei, wer sich im Leben erfolgreich bewähre." S. 251

116. Sackgasse nach Goulding oder Engpass // Blockierung

„Wer in […] Sackgassen stecken geblieben ist, kann auch unter ängstlichen Verstimmungen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und andere funktionelle Störungen leiden.“ S. 251, 252

„eine Situation, in der jemand das Gefühlt hat, von jedermann abgelehnt zu werden, vor einer Katastrophe zu stehen, in seinem Lebensvollzug stecken zu bleiben, nicht weiterleben zu können. […] Die verschiedenen Grade oder Arten von Sackgassen unterscheiden sich, wie besonders Mellor (1980) betont, entwicklungspsychologisch.“ S.252

117. Schicksal

„Die Einflüsse auf das Schicksal eines Menschen lassen sich nur unzulänglich auf diese Art aufzählen, denn es handelt sich um Faktoren, die nicht unabhängig voneinander wirksam sind.“ S. 254

118. sonstige Zitate

„Steiner geht von den Voraussetzungen der humanistischen Psychologie aus, dass jeder Mensch, insofern die Umgebung ihm gemäß sei, von seiner Anlage her in Harmonie mit sich selbst, den Mitmenschen und der Natur lebe.

Psychopathologische Störungen sind für Ihn Ausdruck einer offenen oder verschleierten Unterdrückung einer Meinung und Verhaltensweise, die von derjenigen der herrschenden Gesellschaft abweicht.

Die Behandlung bestehe darin, dem Betreffenden diese Verhältnisse bewusst zu machen, ihn die Solidarität mit Gleichdenkenden in Gruppen erleben zu lassen und ihn zur Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zu ermutigen.“ S.260

„[…], dasss jemand nur wirklich Erfolg hat, wenn auch andere Erfolg haben, dass ein solcher sich viel leichter im Rahmen einer Gemeinschaft einstellt, an der alle aktiv teilnehmen, […]. S. 261

119. Seelsorge und Transaktionsanalyse

„Beziehung zwischen christlicher Botschaft und Transaktionsanalyse […] [siehe Literatur: Befreites Leben]“ S. 264

120. Selbst, Selbst-Gefühl [feeling of self]

„Nach Berne hat ein Patient immer besser zu lernen, willentlich sein eigenes Selbst von einen zum anderen Ich-Zustand zu verschieben. […] Der Patient als Person lernt immer besser, sich von der Identifikation mit dem gerade eingenommenen Ich-Zustand […] zu lösen und sich als Person […] von den Ich-Zuständen unabhängig zu erleben und vielmehr über die zu verfügen. Er wird dabei immer unabhängiger von >>Einladungen<<, die ihn dazu auffordern, diesen oder jenen Ich-Zustand zu aktivieren. […]

„[…] >>reines Selbstbewusstsein<<, als >>Zentrum seines Willens<<, als >>immer gleicher Kern seiner selbst<<.

Damit sei er befreit von den fortlaufenden unbedachten (>>unbewussten<<) und deshalb ungewollten Identifikationen mit Meinungen, Empfindungen, Gefühlen, Wünschen, Rollen usw.

Jederzeit sei es ihm aber möglich, sich – nun aber bewusst – mit diesen Gegebenheiten zu identifizieren, >>wenn er will<<“ S. 269

„Aber wenn es möglich ist, dass jemand über seine Ich-Zustände verfügt, sich frei entscheiden kann, wie er sich fühlen will (>>Glaubenssätze<<) usw., dann entspricht dieser >>jemand<< doch von einem >>reinen Selbst<<.“ S. 269

120.1 Das >>wahre Selbst<< und das >>falsche Selbst<< nach Winnicot

„Nur wer sein >>wahres Selbst<< lebe, sei spontan, kreativ und lebendig, wer ein >>falsches Selbst<< austrage, habe ein Gefühl der Unwirklichkeit und Nichtigkeit. Das >>falsche Selbst<< verberge dann das >>wahre selbst<<. „ S. 269, 270

120.2 Das >>spirituelle Selbst<< oder der >>innere Kern<<

„eine personale Instanz jenseits der Ich-Zustände. […]. S.270

121. Skript

„[wenn] an dem in der Kindheit aufgestellten Lebensplan oder Lebensentwurf festgehalten wird, auch wenn weitere Erfahrungen eine Erweiterung oder Änderung erfordern würden. […] Wessen Selbst- und Weltbild durch ganz bestimmte Überzeugungen geprägt ist, wird sein Verhalten entsprechend gestalten.“ S. 272

„Es handelt sich beim **Skript** um ein Denkmodell, um menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen und ihre Zusammenhänge besser zu verstehen.“ S. 273

„Manche Transaktionsanalytiker unterscheiden ein individuelles Skript von einem kulturellen Skript, wie ein solches eine bestimmten Kultur, einer Gesellschaftsschicht oder einer bestimmten ethnischen Gruppe […]. Dorothy Jingeward hat festgestellt, dass auch Formen ein Skript zukommen könne, das im allgemeinen demjenigen des Gründers entspreche. […] Meines Erachtens ist der Ausdruck >>Skript<< nur in Bezug auf einzelne Menschen gerechtfertigt, kann aber natürlich sippen-, kultur-, gesellschafts-, schichtspezifische Elemente enthalten.

Die erste Vorstellung von Berne war, dass das Skript der Wiederholung eines Kindheitsdramas entspricht. Später wurden für Berne gewollte und ungewollte Einflüsse (>>Botschaften<<) der Eltern auf das Kind zu den wichtigsten skriptbildenden Bedingungen. Als eine dritte Art von Umständen, die >>im allgemeinen<< das Skript (mit-) bedingten, erwähnt er typische Illusionen. Viertens aber bildet sich nach Berne das Skript nach dem Muster zeitlich und örtlich allgemeinverbreiteter Motive von Märchen und Mythen.“ S. 276

„Von allen skriptbedingten Einflüssen hat Berne aber schließlich, mindestens theoretisch, die Einflüsse der Eltern oder anderer Beziehungspersonen aus der Kleinkindheit ganz in den Vordergrund gestellt.

Berne ging soweit, das Skript geradezu als *elterliches Programm* zu definieren.

Er hat in seinem letzten Buch definiert: >>Das Skript ist ein sich fortlaufend zu einem Ende hin entwickelndes Programm, dessen Grundzüge in einem Märchen zu finden sind.

Dieses Programm, auch Lebensentwurf, entwickelt sich unter der Einwirkung von elterlichen Einflüssen in der früheren Kindheit, die das […] Leben des Kindes […] [beeinflussen], zum mindestens in den wichtigen Belangen des Lebens wie Eheschließung, Kindererziehung, Scheidung und vielleicht auch Todesart<<.“ S. 277

„Einflüsse der Eltern bestehen nach Berne u.a. in deren Erwartungen an das Kind, die z.B. bereits in der Wahl des Vornamens zum Ausdruck kommen können; sie bestehen auch in Befürchtungen, die als negative Erwartungen definiert werden können; auch die allgemeine Haltung gegenüber dem Kind wirkt mit. […]

Wie die Eltern selbst dem Leben gegenüberstehen, spielt eine beispielgebende Rolle; schließlich wirkt auf die Skriptbildung des Kindes, was es die Eltern sagen

hört oder was diese unmittelbar zu ihm sagen, wobei das Kleinkind allerdings auch etwas hören kann, was die Eltern nicht gesagt, im Grunde genommen doch gemeint haben. […]“ S. 277

122. Skriptentscheidung auch frühere Entscheidung, Grundentscheidung

„ist nach Berne die Entscheidung zu einem bestimmten Selbst- und Weltbild und für ein bestimmtes Verhalten, mit welcher der Betreffende das Leben im Rahmen dieses Selbst- und Weltbildes bestehen werde.

Was dem Betreffenden im Laufe des Lebens begegnet, wird im Sinn dieser Entscheidung ausgelegt werden, so dass sich die Richtigkeit der Entscheidung fortlaufend selbst bestätigen wird.“ S. 279

„Mit dem Ausdruck Skriptentscheidung ist die Überzeugung verbunden, dass eindrückliche Ereignisse, ganz besonders das Verhalten der Eltern, nur gleichsam Einladungen an das Kind sind, sein Selbst- und Weltbild danach zu richten.

Das Kind aber entscheide sich dafür, diese >>Einladungen<< anzunehmen.“ S. 280

123. Skriptfragen

„ 1. Was war das Schlimmste, was dir dein Vater (deine Mutter) je sagte oder antat?<< […]
2. Was war das Beste, was Ihnen Ihr Mutter (Ihr Vater) je sagte oder antat? […]
3. Wie stellst du dir vor, dass deine Mutter und dass dein Vater gewesen wäre, wenn sie wirklich ideale Eltern gewesen wären? […]
4. Was für eine Stimmung überkommt Sie, wenn Sie in eine kritische Lage geraten sind und nicht ein noch aus wissen ? […]
5. Was wird in fünf Jahren (oder in zehn Jahren) aus dir geworden sein, wenn du so weiterlebst wie bisher ? […].“ S. 281

124. Skriptgeschichte auch: Lieblingsgeschichte, Lieblingsmärchen, Faszinationsgeschichte

„ein Märchen oder eine märchenähnliche Geschichte, von denen der Patient in seiner Kindheit sehr fasziniert war, die er besonders liebte oder durch die er besonders geängstigt wurde. [Hans] Diekmann habe eine überraschend enge

Beziehung zwischen dieser Geschichte und dem Schicksal und der bisherigen Wesensart seiner Patienten entdeckt. […]“ S. 282

„Manchmal erzählt der Patient eine Geschichte mit Weglassungen oder Zufügungen.

Nach meiner Erfahrung lässt sich nicht immer sagen, die Geschichte sei für ihn so gültig, wie er sie erinnert.

Verdrängungen sind möglich.

Die Auslegung kann, wie bei einem Traum, nur durch Therapeut und Patient gemeinsam vollzogen werden.

Die allfällige Betroffenheit des Patienten ist für mich maßgebend und häufig am Mienenspiel sichtbar, wenn er die Geschichte erzählt, also schon bevor die Geschichte ausgelegt wird.“ S. 284

125. Skriptheld

„Der Skriptheld ist nach Claude Steiner ein Vorbild, das ein Kind […] [z.B.] im wirklichen Leben entdeckt, um mit diesem identifiziert [zu] sein.“ S. 284

126. Skriptthema

„Nach einer ersten Definition von Berne weist ein Skriptthema auf eine skriptbedingte typische Verhaltensweise, z.B. >>Gib immer kurz vor dem Erfolg auf!<< […]

An anderer Stelle versteht Berne unter Skriptthema die Gestimmtheit, die ein Skript auszeichnet, seines Erachtens am häufigsten Hass, Rache, Eifersucht, Missgunst […] oder aber auch Liebe oder Dankbarkeit.“ S. 286

127. Skriptzeichen und Skriptsignale

„Jede individuelle Eigenart in der körperlichen oder sprachlichen Verhaltensweise eines Patienten, die sich in bestimmten Situationen immer wiederholt, und sei sie noch so unauffällig, kann nach Berne Aufschluss geben über sein Skript.

Sie ist dann ein Skriptzeichen. […]

„ein Tick oder eine ausgefallene Art, sich zu kleiden, schreibt Berne von einem Skriptsignal. Nach Steiner äußert sich jedes Skript auch in der Körpergestalt. […]

Die Intuition des Therapeuten spielt die Hauptrolle beim Erfassen der Skriptzeichen, mit anderen Worten: er muss in erster Linie spüren, wenn die Eigenart eines Patienten auf sein Skript hinweist. […] drückt sich nach Steiner jedes Skript in der äußeren Erscheinungsform, vor allem der Muskulatur der einzelnen Körperteile, aus, die häufig derjenigen der Skripthelden entspreche.“ S. 293

128. Skriptziel [script pay-off]

„Wie haben Sie sich als Kind [oder im Laufe des Erwachsenenalters] einmal vorgestellt, dass Ihr Leben enden wird ?“ S. 294

129. Skriptzirkel auch Skriptsystem, früher: Racketsystem

„Beim Skriptzirkel im weiteren Sinn spielt noch ein zusätzlicher psychologischer Kreislauf eine Rolle. Nämlich zwischen den Skriptüberzeugungen und den mit der Skriptentscheidung verdrängten Bedürfnissen und Gefühlen.

Nach Erskine sind die Skriptüberzeugungen und das Skript überhaupt Abwehrmaßnahmen gegen Bedürfnisse und Gefühle.

Weckt z.B. eine Situation die Sehnsucht nach Nähe, so provoziert dies ganz besonders die Überzeugung, dass es gefährlich ist, einem anderen Menschen nahe zu kommen, und die Versagung, jemandem im Leben je nahe zukommen, verstärkt die unterdrückte Sehnsucht.“S 296

130. Sozialpsychiatrie nach Berne

„die Gesamtheit der Maßnahmen […], mit denen bei jemandem, der von einer seelischen Störung bedroht oder befallen ist, die soziale Eingliederung aufrechterhalten oder wieder hergestellt werden kann. […]

[Es geht] gezielt darum, Kommunikationsstörungen beheben zu lernen. Auch die Erhellung der jeweiligen erlebnisgeschichtlichen Hintergründe gehört nach Berne zur sozialpsychiatrischen Praxis.“ S. 297

131. Soziogramm

„die Veranschaulichung des Beziehungsnetzes einer Gruppe.

Das Beziehungsnetz kann eine Schulklasse, ein Arbeitsteam, eine Selbsterfahrungsgruppe, eine therapeutische Gruppe usw. sein. […]

Es lässt sich veranschaulichen, wie Sympathie und Antipathie in einer Gruppe verteilt sind, z.B. durch Auswertung der Fragen >>Mit wem möchtest du gerne beisammensein<<? Und >>Wen möchtest du auf keinen Fall dabei haben?<< […]

Moreno hat verschiedene Formeln und Klassifikationen zur Soziometrie entworfen.

Nach Berne sollte jedem Studenten der Gruppentherapie die Soziometrie bekannt sein.“ S. 297

„Es kann sich bei einem Soziogramm um eine Momentaufnahme handeln, z.B. nach den allerersten zwei Sitzungen einer geschlossenen Gruppe, […] oder um eine erstarrte Beziehungssituation, nachdem die Gruppe schon längere Zeit bestanden hat.

Ganz intiutiv erfasst ein erfahrener Gruppenleiter das Beziehungsnetz meistens recht genau auch ohne Aufzeichnung, aber zu didaktischen Zwecken handelt es sich um eine willkommene Art zur Veranschaulichung.“ S. 299

132. psychologisches Spiel

„Berne beschreibt psychologisch geistreich Hunderte von Kommunikationssequenzen zwischen meistens zwei, ausnahmsweise auch mehreren Personen, mit einem Anfang und einem Ende, die er als Spiele bezeichnet. […]

Wir könnten auch treffend sagen: Bei einem Spiel wird >>nicht mit offenen Karten gespielt<<, wenn wir uns bei dieser Formulierung nur klar sind, dass dies durchaus nicht immer bedacht und gezielt geschieht. […]

Spiele im weitesten Sinn sind Kommunikationsfolgen, die eingeleitet werden durch eine Anrede in Worten oder auch durch Mimik, die etwas anderes aussagt, als was eigentlich gemeint ist. [...]

Spiele im engeren Sinn sind Spiele wie soeben definiert, aber nur solche, bei denen das Motiv des oder für die Aufrechterhaltung des Kontaktes […] [das] darauf zielt, sich selbst oder Mitspieler [respondent] zu seinem eigenen, materiellen oder ideellen Nutzen auf irgend eine Art >>hinters Licht zu führen<<.“ S. 299, 300

[Eine] Spielanfälligkeit besteht nach Berne vor allem in der Überschätzung eigener Fähigkeiten, meines Erachtens aus dem Bestreben, als Psychotherapeut immer väterlich und ermutigend zu sein. […]

Der Spielgewinn ist bei der Patientin ein triumphierendes Gefühl, […]“ S. 303

„Die Spielanfälligkeit ist das Entgegenkommen des Mitspielers, ohne das es nicht zu einem Spiel kommen kann. Eine solche Spielanfälligkeit kann manchmal auch aus der sichtbaren Haltung eines Menschen erahnt werden und kann dann ihrerseits wie ein Köder verlockend wirken.“ S.304

„Das übergeordnete Ziel eines Spiels besteht meistens darin, Überlegenheit seiner selbst oder des anderen oder Unterlegenheit seiner selbst oder des anderen zu bestätigen.

Die emotionale Färbung einer Auseinandersetzung verrät dem Kundigen, sei er ein unbeteiligter Beobachter, oder wenn selbst einbezogen, in einem Augenblick distanzierter Besinnung, dass ein Spiel im Gang ist. […] Auseinandersetzungen darüber, wer Recht hat, wer angefangen hat oder wer Schuld ist, sind praktisch immer Spiele.“ S. 305

133. Spielgewinn

„Der Spielgewinn ist das Ergebnis eines psychologischen Spiels, das von einem unvoreingenommenen Beobachter, der die Spieler kennt, meist vorausgesagt werden kann. Es ist das Motiv eines Spielers. Im allgemeinen wird der Spielgewinn, wegen dessen nach Berne ein Spiel überhaupt begonnen wird, als ein Gefühl […] bezeichnet.

134. symbiotische Haltung / übersymbiotische Haltung

134.1 übersymbiotische Haltung

„Wenn in der Sprechstunde ein Elternteil mit einem Jugendlichen oder Kind erscheint, ist es oft so, dass Fragen, die der Therapeut ganz eindeutig an das verständige Kind oder den Jugendlichen richtet, von der Elternperson beantwortet wird.

Auch bei Ehepaaren sind solche Beobachtungen zu machen und dann noch auffälliger.

Derjenige der antwortet, nimmt dabei jedes mal eine überverantwortliche symbiotische Haltung ein.“ S. 314

135. Systembezogene Betrachtungsweise und Transaktionsanalyse

„Die systembezogene Betrachtungsweise in der Psychotherapie berücksichtigt, dass jeder Mensch, der mit anderen zusammenlebt, in Beziehungsnetze eingeordnet ist.

Jedes Mitglied des >>Systems<< steht unter dem direkten oder indirekten Einfluss der anderen Mitglieder und beeinflusst diese auch seinerseits.

In systembezogener Betrachtung ist ein Paar, eine Familie, eine Schulklasse, ein Arbeitsteam usw. eine gegliederte Ganzheit. […].“ S. 318

136. Therapeutische Triade

„drei Wirkkräfte der transaktionsanalytischen Therapie […] Permission, Protection, Potency […] übersetzt als Erlaubnis, ermutigender Rückhalt, Überzeugungskraft durch Autorität. […]

1. *Erlaubnis [persmission]*

[…] kann eine Veränderung im Verhalten oder in der Haltung des Patienten erreichen, die zuvor als unmöglich oder unhaltbar gegolten hatte.

2. *Ermutigender Rückhalt [protection]*

[…] dieser wird aktuell, wenn der Patient seine durch die Erlaubnis angeregte Neuentscheidung in ein verändertes Erleben und Verhalten umzusetzen versucht. Eine Angst kann sich einstellen, da dies ja ihrem alten Glauben widerspricht. […]

3. *Überzeugungskraft durch Autorität [potency]*

Erlaubnis und ermutigender Rückhalt durch den Therapeuten sind ohne Überzeugungskraft wirkungslos.

Der Therapeut muss nach Berne vom Patienten als mächtiger erlebt werden, als die verinnerlichten Eltern, um die negativen Botschaften, die ihnen zugeschrieben werden, außer Kraft zu setzen.

Der Therapeut muss Sicherheit und Kompetenz ausstrahlen, eben als Autorität im positiven Sinn erlebt werden. […]

die Fähigkeit des Therapeuten, einen Patienten wirksam mit Gegebenheiten zu konfrontieren, die dieser, weil sie unangenehm sind, zu seinen Ungunsten nicht beachtet oder sogar unterdrückt.

Dabei dürfte der Therapeut auch einen gewissen Druck ausüben, der dem Patienten helfe, seine Widerstände zu überwinden.

Auch eine wirksame Konfrontation setze voraus, dass der Therapeut als >>Autorität<< erlebt werde.“ S. 321

137. Tiefenpsychologie

„Der Begriff >>Tiefenpsychologie<< ist also nicht eindeutig. […] Tiefenpsychologie ist eine Betrachtungsweise, kein therapeutisches Verfahren.“ S. 321, 322

138. Transaktionen

„[…] eine Kommunikationseinheit, die aus einer verbalen oder averbalen Anrede (auch: Stimulus) und einer drauf bezogenen verbalen oder averbalen Reaktion besteht.

Da die Reaktion wieder die Funktion einer Anrede haben kann, besteht eine fortlaufende Unterhaltung aus ineinander verketteten Transaktionen.“ S. 323

„Ziel der Analyse von Transaktionen besteht nach Berne letztlich darin, die Ich-Zustände >>dahin zu bringen, auf beste Art zusammenzuarbeiten<< […] d.h. die Bedürfnisse eines jeden Ich-Zustandes zu befriedigen, ohne dass sie sich sozusagen im Wege stehen. […]. S. 328

138. Transaktionsanalyse (TA)

„Psychoanalyse und Individualpsychologie haben als tiefenpsychologische Theorien und Verfahren mit der […] Transaktionsanalyse gemeinsam, dass sie seelische Störungen auf eine >>falsche Weichenstellung<< in der Kindheit zurückzuführen, wobei dem Verhalten der Eltern in ihrem Verhältnis zu den allgemeinmenschlichen, aber auch zu den unberechenbaren individuellen Bedürfnissen des Kindes eine besonders große Bedeutung beigemessen wird. […]

Der Unterschied zwischen tiefenpsychologisch oder analytisch orientierter und

kognitiver Psychotherapie besteht darin, wie mit dem Gewicht der Kindheitsgeschichte in der therapeutischen Praxis umgegangen wird:

In der transaktionsanalytischen Skriptanalyse als tiefenpsychologisch oder analytisch orientierter Psychotherapie werden zum Teil gegenwertige Erlebens- und Verhaltensweisen dem Patienten als Prägung aus der Kindheit bewusst gemacht, selten durch das Verfahren freier Einfälle wie in der eigentlichen Psychoanalyse, meistens durch einfache Besinnung auf die Beziehung zu den Eltern, durch Analyse der Skriptgeschichte, durch geleitete Tagträume u.ä. Eine solche Aufdeckung geht meistens mit erheblichen Emotionen einher, führt aber zu einer inneren Befreiung und trägt zur Entwicklung neuer Erlebens- und Verhaltensweisen bei.“ S. 330

138.1 Das Menschenbild der Transaktionsanalyse

„Jeder Mensch trägt alle menschlichen Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten in sich, die sich schon bei seinen Vorfahren zeigten […] Jeder Mensch war einmal Kind mit kindlichen Erlebens- und Verhaltensweisen. Der Zustand des Neugeborenen wird von Berne als >>unverdorben<< beurteilt – ich bevorzuge: >>unbefangen<<. […] Jeder Mensch richtet sich nach moralischen Wertmaßstäben, trifft er doch ständig von Werten bestimmte Entscheidungen. Deren Vorbild bilden die in der Kindheit fortlaufend verinnerlichten Anweisungen, Gebote und Verbote der Eltern oder anderer >>erziehenden<< Erwachsener […]. Diese verinnerlichten und überlieferten Wertmaßstäbe können fortlaufend ergänzt und korrigiert werden, meistens auch wieder unter dem Einfluss eindrücklicher Autoritäten, aber nun aus eigener Entscheidung.

Ohne die Vorstellung von übergeordneten Werten kann gesundes menschliches Lebens nicht gelebt werden. […]

Bei jedem Menschen werden in der Kleinkindheit aus beeindruckenden Erlebnissen Vorstellungen von sich selbst, den anderen, der Welt und dem Leben gebildet sowie Schlussfolgerungen daraus gezogen, wie das Leben am besten bewältigt werden kann.

Ohne einen solchen >>Lebensentwurf<< könnten wir, was uns begegnet, nicht bewältigen.

Er bringt aber die Gefahr mit sich, dass weitere Erfahrungen fortlaufend mit ihm in Übereinstimmung gesehen werden, selbst wenn die Realität dabei verkannt und verfälscht werden muss.

Nur ein immer wieder neu revidiertes Selbst- und Weltbild kann diese Realitätsverkennungen korrigieren, wozu aber häufig eine Überwindung von Angst, von Gewohnheit und von Bequemlichkeit gefordert ist. […]

Oft wird der Transaktionsanalyse ein wertendes Menschenbild zugrunde gelegt, in deren Mittelpunkt steht, dass jeder Mensch O.K. geboren werde und deshalb >>eigentlich<< ein Gewinner […] sei.“ S. 331, 332

138.2 Behandlungsleitziele

„Wir können von Behandlungsleitzielen sprechen, wenn wir die Transaktionsanalyse als eine Betrachtungsweise auffassen, um Leidende und Ratsuchende zu verstehen und als ein Verfahren, um ihnen zu helfen.

Wir können von Lebensleitzielen sprechen, wenn wir der Ansicht sind, die Transaktionsanalyse biete auch Richtlinien, um den Alltag konstruktiv zu bewältigen und allgemein ein erfülltes Leben zu führen. […]

In der Transaktionsanalyse werden Patient und Therapeut als gleichgestellte Partner betrachtet. Diese betrachtet es als selbstverständlich, dass ein Patient über das Gedankengebäude, die Transaktionsanalyse, orientiert wird, auf das der Therapeut seine Diagnose und Behandlungspläne gründet, und dass dieses Gedankengebäude entsprechend deshalb auch für jedermann verständlich und lebensnah zu formulieren ist, dass es der Entscheidung des Patienten überlassen wird, was er behandelt haben will und wann er sich als geheilt betrachtet (Behandlungsvertrag) – dass der Patient selbst entscheiden muss, ob er eine Verhaltensweise ändern will oder nicht, was manchmal heißt: ob er gesund werden will oder nicht, - dass zwischen seelischer Krankheit und seelischer Gesundheit kein wertmäßiger Unterschied besteht, - dass die Psychotherapie aus einer Zusammenarbeit von Therapeut und Patient besteht, die Beratung aus einer Zusammenarbeit von Berater und Klient und nicht aus einer Bekehrung, Verführung, Manipulation oder Indoktrination. […] Es wird in transaktionsanalytischen Kreisen gesagt, dass nicht der Therapeut den Patienten heile, sondern dieser sich mit Hilfe des Therapeuten zu einer heilenden Veränderung entscheide. […] S. 333, 334.

139. Überarbeitungssyndrom [overwork syndrome]
„ein Erschöpfungssyndrom als Folge einer >>Überarbeitung<<." S. 337

140. Überlebensneurose und Vorstellung vom eigenen Todesalter
„eine krankhafte Störung […]. Nach Berne ist es nicht krankhaft, wenn jemand Schuldgefühle hat, wenn er andere überlebt. […] Schwerwiegender könne es sich auswirken, wenn jemand bei einem Unglücksfall, in einem Konzentrationslager oder im Krieg unmittelbar Zeuge werde, wie jemand sein Leben gewaltsam lassen müsse. Es könne […] neurotische Auswirkungen haben." S. 337

141. Übertragung
„wenn der Analysand, ohne sich dessen bewusst zu sein, den Analytiker wie eine bestimmende Beziehungsperson aus seiner Kleinkindheit erlebt und entsprechend auf ihn reagiert, ohne dass dieser einen Anlass dazu geben würde. […] In einer Übertragungsanalyse wird diese problematische Beziehung aus der Kindheit, die das Erleben und Verhalten in der Gegenwart noch prägen soll, verarbeitet (Psychoanalyse). Wir können [in diesem Zusammenhang] von >>Übertragung im engeren Sinn<< sprechen.
[…] Im Rahmen dieses Übertragungsbegriffes wird je nach Gefühlsstimmung von positiven und negativen Übertragungen gesprochen. […] >>Während der Analyse, können wir sagen, versucht der Patient das unerledigte Geschäft aus seiner Kindheit zu erledigen, indem er den Analytiker als Ersatz für seine Eltern betrachtet, so dass er später den größten Teil seiner Energien für das Geschäft verwenden kann, ein Erwachsener zu werden<<. […]
Sehr vereinfachend spricht Berne von einer Übertragungstransaktion, wenn sich der Patient dem Therapeuten gegenüber wie ein Kind einer Autoritätsperson gegenüber fühlt und entsprechend reagiert. […]
Berne kennt auch die archetypische Übertragung, wenn er annimmt, dass >>auf tiefster Ebene<< der Patient den Therapeuten in der Hoffung aufsuche, um von ihm die magische Kugel zu erhalten, deren Besitz ihn von allen Leiden und Problemen erlösen würde.

Nach Berne kann der Therapeut vom Patienten auch wie eine Art Märchenfigur, vielleicht wie ein Zauberer oder hilfreicher Fisch, Fuchs oder Vogel erlebt werden." S. 338, 339

142. Unbewusstsein und Unbewusstes
„Unbewusste Bedürfnisse, unbewusste Gedanken, unbewusste Phantasien, unbewusste Gefühle usw. sind nicht vorstellbar und doch tragen sie in der Psychologie entscheidend dazu bei, sonst unerklärliches Erleben und Verhalten zu verstehen, wobei es sich vorerst immer nur um eine Vermutung handelt, die im Nachhinein bestätigt werden muss, häufig aber auch durch Erfahrung sehr wahrscheinlich ist. […]
„[I]n der Psychoanalyse wird [etwas] wie der gedachte Ort oder Raum [unter der Begrifflichkeit Unbewusstsein und Unbewusstes] verstanden, in dem abgewehrte oder verdrängte Impulse, Bedürfnisse, Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Phantasien, Gedanken und Vorgänge >>sich aufhalten<< und von dort eine Wirkung auf das Erleben und Verhalten ausüben.
Als das Unbewusste kann auch etwas wie eine Tiefenperson bezeichnet werden, die ihre triebhaften Impulse befriedigen will, obgleich diese verdrängt sind.
Die Befriedigung dieser Impulse geht dann in entstellter Form vor sich, z.B. nach psychoanalytischer Ansicht in der Form von krankhaften Symptomen." S. 341

143. Urvertrauen nach Erik Erikson
„Es spielt nach Erikson eine Rolle, ob die Mutter die Bedürfnisse des Säuglings zuverlässig oder unzuverlässig, sicher oder unsicher, liebevoll oder lieblos befriedigt. […] Schizoide Persönlichkeitsbilder werden von Erikson von der mangelnden Entwicklung des Urvertrauens hergeleitet. […] Nach Erikson ist aber maßgebend, wie >>die Welt<< dem Kind begegnet." S. 342

144. Vermeidungsverhalten auch: passive Verhaltensweisen

„vier bestimmte Verhaltensweisen, die Ausdruck dafür seien, dass der Betreffende vermeide, anstehende Probleme aktiv und selbstverantwortlich anzugeben, die sich ihm besonders im Umgang mit seinen Mitmenschen, stellten:

(1.) Untätigkeit
(2.) Überanpassung
(3.) Agiertheit und
(4.) […] Sich-unfähig-Machen

[…] Nach Vertretern der Schiff-Schule ist ein Vermeidungsverhalten immer die Folge einer Realitätsverkennung und zwar durch Ausblendung, Grandiosität oder Denkstörungen.
Zugleich sei ein Vermeidungsverhalten immer Ausdruck einer symbiotischen Haltung (Symbiose) und zwar mit der Erwartung, dass andere oder >>das Schicksal<< die Schwierigkeiten, vor denen der Patient steht, lösen, seine Bedürfnisse befriedigen und ihm Ziele setzen werden. […]
Manchmal werden die vier Arten von Vermeidungsverhalten als zunehmend drängendere Stadien einer Vermeidung aufgezählt, manchmal wird von den Autoren angedeutet, dass jemand eine Vorliebe für ein bestimmtes Vermeidungsverhalten aufweisen könne, wobei anzunehmen sei, dass er es seinerzeit in seiner Herkunftsfamilie gelernt habe.“ S. 343,344

145. Verrücktes >>Kind<<

„Negative elterliche Grundbotschaften sind nach Steiner Ausdruck von Ängsten, Wünschen, Sehnsüchten oder Ärger im >>Kind<< der Eltern.“ S. 344

146. Vertrag

„Unter einem Vertrag im engeren und eigentlichen Sinn wird die verbindliche Festlegung eines Handels verstanden, bei dem Geben und Nehmen für beide Parteien gleichermaßen gilt. […] Der Behandlungsvertrag steht in der Transaktionsanalyse in diesem Sinn im Vordergrund.“ S. 346

147. Verwirrtes >>Kind<<

„Die Verwirrung des >>Kindes<< ist nach Berne durch infantile Konflikte bedingt, durch >>innere Konflikte<<, d.h. wohl solche in ihm selbst, wie durch solche zwischen dem >>Kind<< und der >>Erwachsenenperson<< *(mit anderen Worten: der Realität) oder zwischen dem >>Kind<< und der >>Elternperson<<.
Es geht um frustrierende frühkindliche Erlebnisse, die sich in den Symptomen in entstellter Form niedergeschlagen hätten. […]
Die therapeutische Anwendung der Lehre von den Ich-Zuständen (Strukturanalyse) führt nach Berne dazu, dass der Patient die drei Ich-Zustände klar voneinander unterscheiden lernt.
Dadurch gelinge es oft, die Verwirrung des >>Kindes<< zu beherrschen und ein Leben in Übereinstimmung mit den Richtlinien der >>Erwachsenenperson<< zu führen [symptomatic and social control].
Trotzdem kann die tatsächliche Behebung der Verwirrung des >>Kindes<< noch notwendig und sinnvoll sein.“ S. 347

148. Vorderzimmer / Hinterzimmer

„Unter einem Benehmen im Vorderzimmer versteht Berne ein solches, das jedermann wahrnehmen darf, da es den gesellschaftlichen Konventionen entsprechend gesittet ist;
das Behnehmen im Hinterzimmer entspreche dazu gegensätzlichen, im allgemeinen vor der Öffentlichkeit und besonders vor Kindern verborgenen Verhaltensformen und damit Wesensseiten.“ S. 348

149. Wahnidee

„Eine Wahnidee ist eine vom Betreffenden bewusst als wahr erlebte, für die gesunde Umgebung unbegründete, aber unbeeinflussbare Verkennung der Realität.“ S. 348

150. Widerstand

„>>Erscheinungen<< beim Patienten […] die einen Weg zur Heilung blockieren.
Die Heilung wird, wie Freud sagt, >>als neue Gefahr behandelt<< […]
Widerstand kann aber bewusst oder unbewusst sein. […]

So wird auch von Widerstand gesprochen, wenn Empfehlungen des Therapeuten, die er für eine Behandlung als notwendig erachtet, von einem Patienten nicht befolgt werden […] Der Umgang mit dem Widerstand oder was als solcher vom Therapeuten betrachtet wird, ist eine therapeutische Kunst und bedarf therapeutischer Feinfühligkeit. […]. S. 350

„Ein Widerstand kann auftreten, weil die Aufhebung einer Verdrängung Angst macht. Es tritt für das >>Kind<< die Situation wieder auf, die zur Verdrängung geführt hat, z.B. die Angst vor dem Liebesverlust der Eltern, auch als Vertreter der konventionellen Moral.

Aus transaktionsanalytischer Sicht >>schützt<< ein solcher Widerstand die Skriptentscheidung.

Ein Widerstand gegen die endgültige Heilung kann mam Ende einer Behandlung auftreten, wenn der Patient realisiert, dass er inskünftig den Therapeuten als >>bezahlten Freund<< wird entbehren müssen. […] Der Widerstand wird bereits im erweiterten Behandlungsvertrag mit der Frage angesprochen, wie der Patient sich selber daran hindere zu erreichen, was er erreichen wolle.

Es kann auch gefragt werden, auf was der Patient glaube verzichten zu müssen, wenn er das Ziel, das er sich gesetzt habe, erreichen möchte. Wichtig ist immer die genaue Nachforschung, weswegen frühere Behandlungsversuche bei anderen Therapeuten abgebrochen wurden. […]

Widerstände dürfen nicht gewaltsam >>aufgebrochen<< werden. Der Patient soll […] zuerst selbst spüren, dass ein Widerstand die Selbsterhellung hemmt, um ihn dann Seite an Seite mit dem Therapeuten anzugehen.

Bei der Arbeit an Widerständen sollte sich der Therapeut immer bewusst sein, dass die neurotische Einschränkung im Bereich der Erlebens- und Verhaltensweisen ursprünglich für den Patienten einen Sinn hatte.

Sorgsame Arbeit am Widerstand beschäftigt sich mit diesem Sinn, den er einmal hatte.“ S. 350 – 353.

151. Zeitgestaltung und die sechs mitmenschlichen Umgangsformen

Berne geht davon aus, „dass es für einen Menschen außerordentlich schwierig sei, einmal wirklich nicht zu tun. […] Deshalb pflege jeder, seine Zeit >>zu gestalten<<.

>>Zeitgestalten<< sind

(1.) Rituale und Zeremonien […]
(2.) Zeitvertreib […]
(3.) Aktivität […]
(4.) Psychologische Spiele […]
(5.) Intimität […]
(6.) Rückzug […]

Die aufgezählten Arten, die Zeit >>zu gestalten<< sind auch sechs mitmenschliche Umgangsformen [social intercourse], wobei Berne den Rückzug als Grenzfall mit einbezieht […]

Bei Muriel James und Dorythy Jongeward (1971) spielen die sechs mitmenschlichen Umgangsformen eine wichtige Rolle in der angewandten Transaktionsanalyse. Sie regen an, sich zu überlegen, wie viel Zeit auf die eine oder andere Art verbracht werde und sich dann Gedanken darüber zu machen, ob nicht eine andere Verteilung ein erfüllteres Leben bedeuten könnte. […]

Woolams u. Brown (187, pp. 88f) haben sich mit der Rolle der sechs Umgangsformen während therapeutischer Sitzungen beschäftigt. S. 353 - 355

152. Zuschreibung, unmissverständlicher: Etikettierung [attribution]

Eine „Ursache für eine psychologische Gegebenheit […] Es wird einem Menschen eine Eigenschaft zugeschrieben, was suggestiv bewirken kann, dass diese Eigenschaft vom Betreffenden in sein Selbstbild eingeordnet wird. […]

Beispiele […]

Die Mutter sagt zu einer Nachbarin im Laufe eines Gesprächs über Familienangelegenheiten, während sie klein Paulchen an der Hand führt: >>Sein Bruder Hans ist sehr gescheit! Aus dem wird einmal etwas! << Paul mag daraus den Schluss ziehen: >>Ich bin dumm und aus mir wird nie etwas werden!<< *(indirekte qualitative Zuschreibung oder Etikettierung). […]

Eine Zuschreibung kann durchaus wohlwollend gemeint sein; so zu einem Kleinkind: >>Du bist ein herziges Kleines!<<, was sich dann als destruktive Grundbotschaft >>bleib ein Kind!<< auswirken kann. […]

Es besteht eine enge Beziehung zwischen Grundbotschaften und qualitativen Zuschreibungen oder Etikettierungen, was sofort einleuchtet, wenn die übliche Befehlsform, z.B. die Grundbotschaft >>Gehör nicht dazu!<<.

Es sind aber auch positive erzieherische Wirkungen von ermutigenden qualitativen Zuschreibungen oder Etikettierungen denkbar […]. S. 355, 356

153. Zuwendung auch: Streicheln, Beachtung, Stroking

„Nach Berne ist der Kontakt mit anderen Menschen ein Grundbedürfnis. Der Mensch braucht andere Menschen, die ihn anregen [stimulate] […] Jeder hat zu seinem Gedeihen Zuwendung nötig. Ganz besonders ist dies für Kinder so wichtig. Ein solches holt sich lieber negative Zuwendung (>>negatives Streicheln<<), also Tadel, böse Worte und Blicke, sogar Schläge, als das es gar keine Beachtung finden würde.

Eine Zuwendung kann verschieden intensiv sein […] Das Bedürfnis nach Zuwendung ist verschieden. […] Wer zu wenig positive Zuwendung bekommt und kein >>Streichelkonto<< besitzt, entwickelt sozusagen einen >>Streicheldurst<<, der ihn dazu verführt, sich auf alle möglichen Arten Beachtung zu verschaffen, die ihm allerdings oft nur unechte Zuwendung einbringen, wenn er nicht sogar, als aufdringlich empfunden, Abweisung erfährt.“ S. 356, 357, 358

Transaktionsanalyse

Gründer: Eric Berne

Eine psychologische Theorie über die menschliche Persönlichkeitsstruktur.

Menschen sollen ihre erlebte Wirklichkeit reflektieren, analysieren und verändern können.

„Die Transaktionsanalyse ist eine Theorie der menschlichen Persönlichkeit und zugleich eine Richtung in der Psychotherapie, die darauf abzielt, sowohl die Entwicklung wie auch Veränderungen der Persönlichkeit zu fördern.“

Schwerpunkte der Transaktionsanalyse:

Mary und Robert Goulding
Neuentscheidungstherapie

Jacqui Lee Schiff
Neubeelterung

Fanita English
Ersatzgefühle; Episkript

Richard G. Erskine
Integrative Psychotherapie

Charlotte Sills, Helena Hargaden, William F. Cornell
Beziehungsorientierte Transaktionsanalyse

Bernd Schmid Systemische Transaktionsanalyse

- TN sollen eigenen Lebensweg gestalten durch eine aktive Kommunikation mit mir.
- Ich ermögliche den TN eine „Realitätswahrnehmung“.
- TN sollen die Fähigkeit erlangen, eigene Interaktionen zu Interpretieren

Grundsätze der Transaktionsanalyse:

- Du hast die Fähigkeit, zu denken und Probleme zu lösen.
- Du bist ist in der Lage, Verantwortung für dein Leben und deren Gestaltung zu übernehmen.

- Du hast die Fähigkeit der bewussten Wahrnehmung und Steuerung deiner mentalen, emotionalen und sensorischen Vorgänge und der sich daraus ergebenden Handlungen bzw. sozialen Interaktionen.
- Dir ist es möglich, durch Nutzen innewohnenden Ressourcen autonome Entscheidungen für dich und andere zu fällen
- Es soll Dir gelingen durch Veränderung deines Verhaltens und deiner Denkstrukturen, Autonomie zu erlangen

Kommunikationsabläufe werden in Transaktionen differenziert und dadurch für den Betrachter verstehbar und beeinfluss- bzw. veränderbar.

ENDE DER ZUSAMMENFASSUNG

Buchzusammenfassung Nr. 2 Start 27.11.2017 Ende 31.08.2018



Matthias Hammer, Irmgard Plöß: IIrre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen

3. Auflage 2015, Reprint 2017

ISBN-Print: 978-3-88414-533-3

Weitere Informationen zum Buch und den Autoren sowie Materialien zum Herunterladen finden Sie unter

www.irre-verstaendlich.de und www.matthias-hammer.de Passwort „verstehen30“

Psychatrieverlag im Internet: www.psychatrie-verlag.de

Einleitung

„Hintergrundwissen über […] Zwänge oder Psychosen führ[en] dazu, dass viele Verhaltensweisen der Klienten nachvollziehbarer und verständlicher erscheinen. […] [Es fehlt aktuell an] Verständnis für die Verhaltensweisen eines Klienten und an Kenntnis spezifischer Bewältigungsmöglichkeiten für die jeweilige Störung […]. S. 9, 10.

„das Wissen über die Entstehung psychischer Erkrankungen ebenso wie Informationen darüber, wie diese Erkrankungen bewältigt werden können und welche Faktoren den Verlauf günstig beeinflussen [ist in diesem Zusammenhang wichtig und elementar].“ S. 10

Ziel ist es „die innere Logik von verschiedenen psychischen Erkrankungen mitfühlender verstehen zu lernen und mit einem wertschätzendem Blick den Umgang im Alltag zu gestalten.“ S. 10„Denn psychische Erkrankungen sind nicht etwas völlig Fremdes, zu dem psychisch gesunde Menschen keinerlei Zugang hätten. Viele Symptome psychischer Erkrankungen sind nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jeder Mensch aus seinem Leben kennt. Manches erleben wir nur in extremen Situationen, beispielsweise wenn wir mit Schicksalsschlägen konfrontiert sind. Anderes kennen wir auch aus unserem Alltag. […]

Psychisch kranke Menschen zu verstehen ist daher auch durch den Bezug zum eigenen Erleben möglich. […] Es ist aber unserer Einschätzung nach eine wichtige Aufgabe von Fachkräften, Kenntnisse über störungsspezifische Selbsthilfestrategien zu haben, sie bei den Betroffenen anzuregen und Klienten bei der Einübung und Anwendung von Selbsthilfestrategien zu unterstützen. S. 11, 12

„Während unserer langjährigen Tätigkeit in der Sozialpsychatrie und der psychiatrischen Rehabilitation wurde uns immer wieder deutlich, welch enorm hohen Stellenwert die alltägliche Begleitung durch kontinuierliche Bezugspersonen für psychisch kranke Menschen hat. Zu Psychotherapeuten und Ärzten besteht meist nur ein sehr punktueller, oft auch nur kurzzeitiger Kontakt. Langfristige, tragfähige Beziehungen und Unterstützungsmöglichkeiten

entstehen durch die alltägliche Begleitung durch Fachkräfte der ambulanten Dienste, durch Gruppenleiter in Werkstätten, durch Integrationscoaches, Pflegekräfte oder Ansprechpartnerinnen beim Sozialpsychiatrischen Dienst, durch Wohngruppenbetreuungen oder Mitarbeiter ambulanter Dienste.“ S.12

Warum werden Menschen psychisch krank?

„In den Schlagzeilen ist dann zu lesen, dass es sich um eine Viruserkrankung handelt, dass es sich um eine Viruserkrankung handelt, dass das Alter der Eltern bei der Geburt, Fehler in der Kommunikation zwischen Mutter und Kind oder die falsche Ernährung schuld seien an der Entstehung psychischer Erkrankungen. […]

Die Erklärungsmodelle ändern sich im Laufe der Geschichte, aber im Wesentlichen gab es immer zwei Lager.

Die einen führen eine psychische Erkrankung ausschließlich auf biologischer oder genetische Einflüsse zurück. Wenn jemand psychisch krank war, nahm man an, dass er die Krankheit geerbt hätte oder andere körperliche Prozesse, wie beispielsweise eine Infektion oder eine Hirnschädigung oder Stoffwechselstörung, dafür verantwortlich wären. […]

Das andere Lager sah die Ursache psychischer Erkrankungen dagegen ausschließlich im psychosozialen Bereich. Man nahm an, dass Fehler im Erziehungsstil und in der Interaktion der Eltern und vor allem der Mutter mit dem Kind ursächlich sein könnten.

Aber auch Schicksalsschläge, wie die Scheidung der Eltern, Misshandlungen, Traumata und Belastungen wie Armut und Migration, wurden als Auslöser psychischer Erkrankungen angesehen. […]

Man stellte fest, dass es sich nicht um Alternativen handelt, sondern dass beide Faktoren – biologische und psychosoziale – eine Rolle spielen und zusammenwirken müssen, wenn psychische Erkrankungen entstehen.“ S.14, 15

4

Das Verletzlichkeits-Stress-Modell

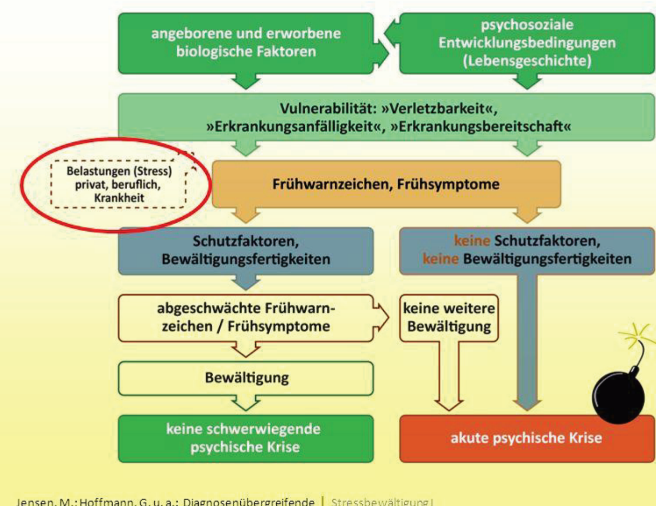
„Die meisten psychischen Erkrankungen haben mehr als eine Ursache […] die Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren [sind meist die Hauptursachen]. […] Wir wissen […], dass alle Faktoren sich gegenseitig beeinflussen können. […] Psychosoziale Einflüsse können biologische Veränderungen bewirken.
Dass unser Gehirn durch sozialen Lernprozesse und Gewohnheiten verändert werden kann, ist vielfach belegt. […] Einseitige Modelle [jedoch] können also ein komplexes Geschehen wie eine psychische Erkrankung meist nicht erklären.“ S. 15

Vulnerabilität oder Verletzlichkeit

„„…ist die Neigung eines Organismus, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Anfälligkeit oder Erkrankungsbereitschaft. […] Wenn zur Verletzlichkeit noch Stressfaktoren hinzukommen, kann eine psychische Erkrankung entstehen […] [wenn] eine kritische Grenze überschritten [wird]. […]
Dies geschieht, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Vor dem Überschreiten der Schwelle zur akuten Krise treten zunächst **Frühwarnsymptome** auf.
Die Überschreitung der kritischen Grenze führt im weiteren Verlauf zum Auftreten von störungsspezifischen Symptomen, es besteht die Gefahr der akuten Zuspitzung zu einer psychischen Krise bzw. einem Rückfall.
Durch geeignete Bewältigungsstrategien oder mithilfe von Schutzfaktoren kann aber eine Krise auch abgefangen werden. […]
Manche Menschen sind anfälliger für psychische Erkrankungen als andere, sie haben eine höhere Erkrankungsbereitschaft und sind vulnerabler […]. Die Ursachen dieser erhöhten Vulnerabilität können biologisch oder psychosozial sein, sie können angeboren oder im Laufe des Lebens erworben werden. […]
Schwerwiegende sich wiederholende psychosoziale Einflüsse können Spuren im Gehirn hinterlassen, Verarbeitungsprozesse im Gehirn können sich dadurch verändern und die Menschen reagieren künftig sensibler und mit einer erhöhten Erkrankungsbereitschaft auf Belastungen.

5

Negative Lebenserfahrungen können also biologische Narben (ALDENHOFF 1997) hinterlassen.“ S. 17



Andere Menschen zeigen dagegen keine Erkrankungsbereitschaft für eine psychische Erkrankung, sondern reagieren auf fortdauernde Überlastung eher mit körperlichen Symptomen […]. S.17, 18

Sollbruchstelle

„Menschen erleiden bei der Überschreitung ihrer kritischen Grenze also Symptome gemäß ihrer individuellen Verletzlichkeit, man könnte auch sagen, sie reagieren an ihrer >>Sollbruchstelle<<.
Vermutlich verfügt jeder Mensch über eine solche >>Sollbruchstelle<< und reagiert mit entsprechenden Symptomen, diese können körperlich oder psychischer Natur sein.“ S.18

„Die Stressbelastung ist […] einer der konkreten Auslöser einer akuten Erkrankungsperiode. Besonders belastend sind traumatische Erfahrungen, in denen sich Betroffene hilflos ausgeliefert fühlen. […]

„Eine psychische Erkrankung wird ausgelöst, wenn eine Person mit einer angeborenen Verletzlichkeit mit so starken Belastungen konfrontiert wird, dass die erlebte Stressreaktion eine kritische Grenze überschreitet.“ S. 21

Alltagsstressoren

Heute weiß man, dass auch die vielen alltäglichen Belastungen eine Rolle spielen, die wir oft zu wenig beachten, weil sie für sich allein genommen eher nebensächlich sind uns erst in Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen die für sich allein genommen eher nebensächlich sind uns erst in Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen.“ S. 18, 19

Toleranzfenster

„Jeder Mensch muss daher für sich selbst herausfinden, wo sein optimales Belastungsniveau jeweils liegt. SIEGEL (2006) bezeichnet diese Zone zwischen Über- und Unterregung als >>Toleranzfenster<<. Innerhalb dieses Toleranzfensters können Informationen gut Verarbeitet und Belastungen toleriert und bewältigt werden.

Bewegen wir uns innerhalb dieses Fensters, erleben wir einen Zustand des Gleichgewichts. Wird dieses Fenster der optimalen Erregung verlassen, bewegen wir uns aus dem Gleichgewicht. […]

Dieser Zusammenhang kann symbolisch im WEG-Modell (HAMMER 2010, 2012) dargestellt werden“ S. 19,20

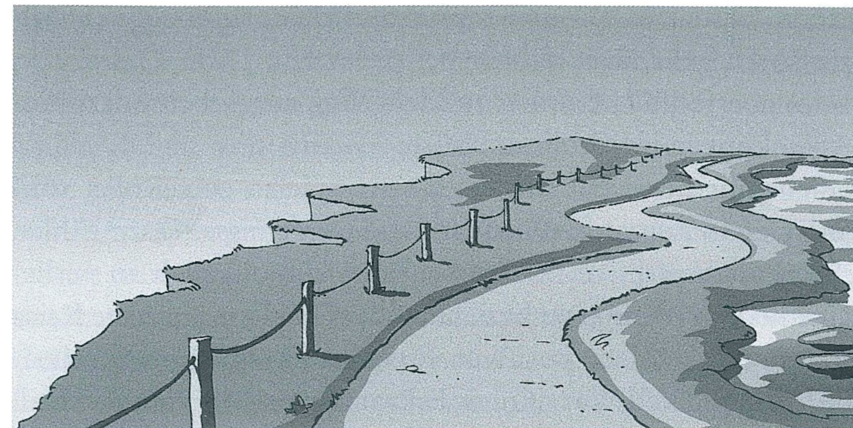


Abbildung 1: Das WEG-Modell (Hammer 2010 u. 2012)

„Die Straße oder der befestigte Weg symbolisiert dabei unser Leben in Balance. Gleichgewicht ist dabei keine starre Größe, sondern ein Prozess des ständigen Wandels von Anpassung (kontrollierter Stressreaktion), Entspannung (Stressbewältigung) und Erholung.

Unser Weg verläuft also nicht gradlinig durch die Landschaft.

Dennoch haben wir, trotz immer wieder neuer Stressbelastungen, festen Boden unter den Füßen.

Wir haben die Kontrolle über unsere Richtung, unser Tempo und unser Ziel.

Diese Kontrolle können wir jedoch verlieren.

Durch längerfristige Überforderung und Überregung kommen wir links vom Weg ab und verlassen unser Toleranzfenster.

Dann erleben wir die Stressreaktion zunehmend als unkontrollierbar.

Wir fühlen uns nach längeren Phasen der Überforderung hilflos, und die Stressreaktion wird chronisch.

Die Zeiten von Regeneration und Erholung werden kürzer und unzureichend.

Es treten deutliche Stresssymptome auf.

Diese sind die körperlichen und psychischen Signale dafür, dass eine Überforderung und ein Ungleichgewicht vorhanden sind.
Im Modell wird das symbolisch durch einen Zaun dargestellt.
Werden diese Signale von uns ignoriert, wird eine kritische Grenze überschritten.
Durch längerfristige starke Stressbelastungen kann es zu Störungen kommen.
Erste Krankheitssymptome treten auf, oder es besteht die Gefahr, dass es zu einem Rückfall in bereits bekannte oder bestehende Erkrankungen kommt (zum Beispiel Suchtverhalten, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems).
Es besteht die Gefahr >>abzustürzen<<, man gerät durch Überforderung aus dem Gleichgewicht.
Dieser Bereich wird daher in der Abbildung als eine Klippe dargestellt.
Auf der rechten Seite des Weges befindet sich in unserem Modell ein Sumpfgebiet.
Je mehr wir nach rechts vom Weg abkommen, desto größer wird die Gefahr zu >>versumpfen<<.
Unterforderung, soziale Isolation, Vermeidung und langfristige Untätigkeit führen zu Symptomen der Energielosigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Leere, zu Ängsten, Depression und Ähnlichem.
Gerät man durch Unterforderung aus dem Gleichgewicht, gibt es in vielen Fällen keine so deutlichen Signale, die einen aufhalten könnten. Man gerät fast unmerklich immer tiefer in den Sumpf.
Unsere Gefühle und Körperempfindungen melden uns, wo wir uns gerade befinden. Wir können diese Sprache unserer Körpers und unserer Seele kennenlernen, indem wir auf diese Signale hören, indem wir sie wahrnehmen und einschätzen lernen.“ S. 20,21

Die Funktion von Frühwarnzeichen / Rückfallprophylaxe

„[…] signalisieren körperliche oder psychische Frühwarnzeichen, dass der Organismus durch zu viele Stressbelastungen aus dem Gleichgewicht geraten und überfordert ist. Frühwarnzeichen treten in der Regel Tage oder Wochen vor dem Ausbruch oder Rückfall einer Erkrankung auf.

Durch rechtzeitiges Erkennen der Frühwarnzeichen, durch wirksame Entlastung und angemessene Unterstützungsangebote kann es gelingen, die kritische Grenze nicht zu überschreiten. […] Für psychisch kranke Menschen ist es daher wichtig, ihre Frühwarnzeichen genau zu kennen, da sie individuell sehr unterschiedlich sind.“ S.21, 22

Krisenplan

„Ein Krisenplan ist eine hilfreiche Strategie, um Rückfällen vorzubeugen. […] Auch sollte jeder möglichst genau wissen, was er selbst bei einer beginnenden Krise tun kann, um sich zu entlasten, und wodurch andere ihn unterstützen können. Wenn diese Punkte – Frühwarnzeichen, Selbsthilfemöglichkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten – schriftlich festgehalten werden, spricht man von einem Krisenplan. Das ist ein Leitfaden, um beim Auftreten von Frühwarnzeichen rasch das Richtige zu tun (BÄUML 2008). […] Um sich kurzfristig bei einer drohenden Krise zu entlasten und um zu verhindern, dass die Schwelle zur akuten Erkrankung überschritten wird, ist es in der Regel sinnvoll, Stressbelastungen zu reduzieren und sich Unterstützung zu holen.“ S. 22
„Außerhalb von Krisen können Krankheitssymptome in abgeschwächter Form weiterhin bestehen, sie können aber auch vollkommen verschwinden, beispielsweise weil die betroffene Person wirksame Strategien anwendet, um ihre Stressbelastung zu reduzieren.
Wenn es zu wiederholten Krisen kommt, können die Zeiträume zwischen den Krisen unterschiedlich lang sein.[…]
Der langfristige Verlauf kann ganz unterschiedlich sein, abhängig von der Ausprägung der persönlichen Verletzbarkeit, von weiteren Stressfaktoren und zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren und Bewältigungsmöglichkeiten. […]
Zur Bewältigung von Stressproblemen sind die Bewältigungserfahrungen und Selbstheilungsbemühungen der Betroffenen relevant. Störungsspezifischen Selbsthilfestrategien kommt hier eine besondere Bedeutung zu. […] Alle Akteure sind Teil eines Unterstützerteams, wenn es darum geht, Krisen abzuwenden und gesundheitliche Stabilität zu fördern […] “ S. 23

Wie verlaufen psychische Erkrankungen?

„Das Gehirn ist ein plastisches Organ, das sich zeitlebens entwickeln und zu den Veränderungen anpassen kann, allerdings über längere Zeit hinweg. So kommen Genesungsprozesse in Gang. Eine große Rolle spielt dabei die Übung: Durch häufiges, wiederholtes Verhalten verändern sich die Hirnstrukturen und passen sich an.

Nicht einmalige Einsicht, sondern wiederholte Ausführung ist dabei hilfreich. So können beispielsweise regelmäßige Arbeit oder Tagesstruktur, Entspannungsübungen und ein gesundheitsförderndes Verhalten langfristig helfen, die Vulnerabilität zu reduzieren. […] Auch langfristig wirksame Veränderungen im Alltagsverhalten und –erleben können die Verletzlichkeit reduzieren“ S. 23

Wie können Selbsthilfe und Gesundung gefördert werden ?

Empowerment und Recovery

Empowerment [bedeutet] „Wir achten darauf, unseren Klienten nicht Dinge abzunehmen, die sie auch selbst tun könnten. […] Übersetzt bedeutet Empowerment Stärkung der Eigenmacht, Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung. Recovery bedeutet Gesundung, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit.“ S.26

„Empowerment bedeutet letztlich aber auch, den Klienten das Recht auf Irrtum und Risiko zuzugestehen und ihre Entscheidungen zu respektieren.“ S.27

„Dabei ist mit Gesundung nicht gemeint, dass gar keine Symptome oder Krisen mehr auftreten, sondern dass auch mit der Erkrankung ein erfülltes, zufriedenes und hoffungsvolles Leben möglich ist. […] Fördern Sie die Entscheidungsfähigkeit Ihrer Klienten und akzeptieren Sie dann auch deren Entscheidungen. […] Eröffnen Sie Ihren Klienten echte Entscheidungspielräume […] Das bedeutet nicht, gleichgültig alles hinzunehmen, was Klienten sich wünschen. […] Die Rolle der professionellen Fachkräfte ist es, sich als Unterstützung und Klärungshilfe bei der Entscheidungsfindung anzubieten. Dazu gehört, mit der Erlaubnis der Klienten kritische Einwände und Hinweise zu geben und einzubringen. […] Selbstbestimmtes Entscheiden ist nur dann sinnvoll und motivierend, wenn es

echte Alternativen sind, zwischen denen wir wählen können. […] Achten Sie einmal darauf, wie häufig Sie die Wahlmöglichkeiten Ihrer Klienten von vorneherein beschränken, sicherlich oft aus fürsorglichen Erwägungen heraus, um ihnen die Entscheidung zu erleichtern. Tatsächlich wird aber dadurch das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt […]. Es muss die Entscheidung der Klienten bleiben, wie selbständig sie in einer bestimmten Phase ihres Lebens agieren können und wollen. Die Entscheidung, Verantwortung vorübergehend abgeben und sich entlasten zu wollen, müssen wir ebenfalls respektieren, auch wenn sie nicht dem klassischen Bild von Empowerment entspricht.“ S. 26, 27

„Um die Selbstbefähigung Ihrer Klienten zu fördern, ist es wichtig, sie darin zu bestärken, ihre eigene Meinung wahrzunehmen und zu vertreten. […] Stärken Sie kritisches Denken und Durchsetzungsvermögen bei Ihren Klienten.“ S. 29

„Die Aufgabe professioneller Fachkräfte besteht vor allem darin, Prozesse der Selbstvertretung und der Selbstbefähigung nicht zu behindern. […] Empowermentprozesse nicht zu behindern bedeutet auch, den Zugang zu Informationen für unsere Klienten offen zu halten und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen, ihre Rechte kompetent zu vertreten, einzufordern und Entscheidungsprozesse mitzugestalten.“ S. 30

„Weder fürsorgliche Belagerung der Klienten noch desinteressiertes Ignorieren fördern die Selbstbefähigung, sondern das stetig neue Aushandeln der angemessenen Unterstützung im Dialog mit dem Klienten.“

Mehr an Ressourcen als an Defiziten Orientieren

„Unser Blick ist im Alltag oft mehr auf die Defizite als auch die Ressourcen gerichtet. […] In Fallbesprechungen ist es aber immer wieder überraschend, wie wenig wir über die Stärken und Ressourcen unser Klienten Bescheid wissen. […] Fragen Sie Ihre Klienten danach, worauf sie stolz sind, was sie gerne noch einmal erleben würden oder woran sie sich gerne erinnern. Fragen Sie sich selbst, was Sie an Ihrem Klienten bewundern oder womit er Sie schon einmal überrascht hat.“ S. 29

Hoffnung

„Studien haben immer wieder eindrücklich gezeigt, wie wichtig es für den Genesungsprozess eines psychisch kranken Menschen ist, noch Hoffnung auf eine bessere Zukunft zu haben, Hoffnung darauf, dass sich ein Zustand wieder bessern wird. Einige Studien konnten sogar zeigen, dass Hoffnung – auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf Seiten der Angehörigen und der Fachkräfte – die Prognose stärker beeinflusste als die Dauer oder Schwere der Erkrankung (SCHAUB 1993, CIOMPI u.a. 1979, DAUWALDER u.a. 1984, KNUF 2004). […] Wer die Hoffnung aufgegeben hat und niemanden mehr hat, der ihn ermutigt, wird nur schwer aus einem seelischen Tief wieder herauskommen. […] Bleiben Sie zuversichtlich und hoffnungsvoll. […] Die Hoffnung auf Besserung zu bewahren ist professionelle Aufgabe aller Fachkräfte. […] Es ist unsere Aufgabe als Fachkräfte, durch ehrlich hoffnungsvolle und zuversichtliche Grundhaltung positive Entwicklungen anzuregen und zu unterstützen. […] Finden Sie heraus, was Ihre Klienten wirklich interessiert. […] Nur für motivierende Ziele machen wir uns wirklich auf den Weg. […]“ S. 29, 30

Lösungen in komplexen beruflichen Alltagssituationen

„Alltägliches berufliches Handeln wird bestimmt durch unsere jeweilige Rolle, den institutionellen Kontext, gesetzliche Rahmenbedingungen, Arbeitsaufteilungen im Team, Arbeitszeiten, Erwartungen der Klienten, unsere Beziehungen zu den Klienten und vieles mehr. Nicht selten treten unsichere und unklare Situationen auf, in denen von Fachkräften hohe Problemlösungsfähigkeiten und Klärungskompetenzen verlangt werden.“ S. 34

„Nicht immer empfinden wir das, was wir unserer Rolle oder unserem Auftrag entsprechend empfinden sollten. Manchmal sind wir genervt oder ungeduldig, wo wir doch vermeintlich Mitleid empfinden sollten. Es ist nicht schlimm, wenn unsere Emotionen nicht immer so sind, wie wir sie uns im Idealfall vorstellen.“ S. 35

Psychosen

„Eine akute Psychose kann uns als etwas sehr Fremdes erscheinen, das Angst, Abwehr und Unverständnis auslösen kann. Die Psychose ist wie >>ein Traum ohne den Schutz des Schlafes<< (BOCK 2005). Menschen in einer akuten Psychose leben in ihrer eigenen Welt, einer Welt, die sich mit der Welt, wie sie die meisten anderen Menschen wahrnehmen, nur teilweise überschneidet. Sie gehen durch dieselben Straßen, sehen die selben Autos vorbeifahren und kaufen ähnliche Dinge ein. Aber was sie wahrnehmen, ist etwas völlig anderes: Gefahr, Bedrohung, geheime Bedeutung, Botschaften und Befehle hinter den Dingen, die anderen vollständig harmlos erscheinen. […] Wenn die Psychose akut ist, kann die private Wirklichkeit im Erleben der Betroffenen im Vordergrund stehen. […] Manchmal scheinen die Betroffenen dann vollständig vergessen zu haben, dass es auch eine allgemeine Wirklichkeit gibt, in der sie einmal gelebt haben. Außerhalb akuter Phasen ist die private Wirklichkeit dagegen oft ganz verschwunden und die Klienten leben in derselben Wirklichkeit wie alle anderen auch.“ S.47

„Unter dem Begriff Psychose versteht man eine ganze Gruppe von Erkrankungen, die sehr umfassend das Denken und Fühlen, die Wahrnehmung, den Antrieb und Willen sowie das Erleben einer Person beeinflussen und verändern. Die Erkrankung verläuft meistens in Phasen, es gibt akute Phasen und weitgehend symptomfreie Zeiten, die in der Regel deutlich überwiegen. Die meisten Patienten erleben immer wieder akute Phasen und Rückfälle. […] In der akuten Psychose sind die Betroffenen oft nur schwer zugänglich, sie leben in ihrer eigenen Welt, die für Betreuer und Bezugspersonen kaum verständlich ist. Die Patienten leiden dann meist sehr, sind sich aber in der Regel ihrer Erkrankung nicht bewusst. […] Bei einer Psychose ist es wichtig, bereits frühe Warnzeichen aufmerksam wahrzunehmen und professionelle Hilfe zu suchen. Werden sie übersehen, wird es immer schwieriger noch einen Zugang zum Betroffenen in der akuten Psychose zu finden und ihn zur Behandlung zu motivieren. […]“ S.50, 51

„Die Betroffenen haben oft Konzentrationsprobleme. Ein Gedankenfluss reißt plötzlich ab, der Faden kann nicht wieder aufgenommen werden. Die Sprache verändert sich, Wortneuschöpfungen (Neoglismen) treten auf. Menschen in

einer Psychose haften plötzlich sehr am Konkreten, verstehen beispielsweise die Bedeutung von Sprichwörtern nicht mehr. Auch ironische Hinweise verstehen sie nicht mehr, sondern nehmen sie wörtlich. […] Die Betroffenen könne meist nicht genau angeben, wovor sie Angst haben oder was sie beunruhigt, sie werden von diffusen Ängsten gequält, der Körper ist in Aufruhr und innerer Alarmbereitschaft.“ S.52

In der akuten Psychose scheint die Abgrenzung zwischen der eigenen Person und der Außenwelt extrem dünn geworden zu sein oder sich ganz aufgelöst zu haben. Das Gespür für sich selbst und die eigenen Grenzen geht vorrübergehend verloren. […] In der akuten Psychose haben sie das Gefühl, andere hätten unbegrenzt Zugriff auf sie, könnten ihre Gedanken lesen und beeinflussen, ihr Verhalten steuern; sie erleben sich mitunter wie eine Marionette oder ein Roboter. […] In der akuten Psychose erleben die Patienten sich sehr ungeschützt und von außen beeinflussbar. Dies erhöht zusätzlich ihre Skepsis und das Misstrauen anderen gegenüber. […] Menschen mit einer Psychose [müssen] immer wieder ihre Wahrnehmungen überprüfen und an der Realität messen. […] Mitunter entwickeln Betroffene sogar Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren Symptomen, die es ihnen ermöglichen, sich völlig unauffällig zu verhalten.“ S. 54, 55, 56

„Medikamente gegen Psychosen heißen Antipsychotika, gebräuchlich ist auch die Bezeichnung Neuroleptika. […] Bei Psychosen ist die Behandlung mit Antipsychotika allen Therapieformen überlegen (BÄUML 2008). […] Die Medikamente bilden einen Schutz gegen das Überangebot an Dopamin. […] Es kann bis zu einem halben Jahr dauern, bis der Einfluss der Antispychotika vollständig abgeklungen ist (BÄUML 2008). […] das gesamte Nervensystem hat sich auf die schützende Wirkung der Medikamente eingestellt und ist dann ohne diesen Schutz schon mit einem normalen Dopaminangebot überfordert, an das es sich erst langsam wieder gewöhnen müsste.“ S. 65

„Betroffene, die schon länger unter einer Psychose leiden, werden mitunter immer passiver. […] Auch sehr erfahrene Therapeuten und Fachkräfte sind sich nicht immer darüber im Klaren, ob ein Patient nicht kann oder nicht will (mad-or-bad-Konflikt, BÄUML 2008) […] Keinesfalls sollten professionelle Helfer stellvertretend für die Betroffenen handeln oder sie >>schieben<<. […] Es ist

wichtig, Menschen die an einer Psychose Erkrankt sind, vor zu viel Stimulation und Überforderung zu schützen. […] Fachkräfte sollten mit ihren Klienten erarbeiten, dass Lebensqualität auch darin besteht, sich Anforderungen zu stellen und diese zu bewältigen und dass das Gehirn für seine Entwicklungsfähigkeit Anregungen und Herausforderungen braucht. […] Eine zentrale Aufgabe von Fachkräften ist es, im Kontakt mit dem Betroffenen Hoffnung zu bewahren. […] Patienten brauchen in einer Zeit, in der sie an sich selbst zweifeln, das Gefühl, dass zumindest die anderen den Glauben an sie und ihre Fähigkeiten nicht verloren haben.“ S. 72, 73

Symptomgruppen für Psychosen | ICD International Classification of Diseases

1. „Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung;
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwarnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie beispielsweise die Ideen, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein oder übermenschliche Kräfte oder Fähigkeiten zu besitzen.
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend;
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neoglismen führt;
7. Symptome der Motorik wie motorische Unruhe, dem Verharren in ungewöhnlichen Positionen oder dem Wiederholen von bizarren

Bewegungen, eine wächserne Biegsamkeit der Gliedmaßen, eine Verweigerung, sich zu bewegen bis hin zu völliger Bewegungslosigkeit (Stupor) Stummheit:

8. >>negative<< Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit (nicht durch Depression oder Neuroleptika verursacht);
9. Eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.“ S. 58

Dopamin im Übermaß

„Die Gedanken rasen nur noch, zwischen allen möglichen Dingen werden Zusammenhänge hergestellt, alles erscheint gleichermaßen wichtig und bedeutungsvoll. Man wird vollkommen von Reizen überflutet, kann nicht mehr abschalten oder sich auf eine einzelne Angelegenheit konzentrieren. Genau dies scheint bei einer akuten Psychose der Fall zu sein. […] Durch den Überschuss an Dopamin ist das Gehirn in der akuten Psychose gewissermaßen überreizt. Es kann seiner normalen Filterfunktion nicht mehr nachkommen. Normalerweise werden neue Informationen zunächst gefiltert, das Gehirn überprüft, ob sie wichtig sind oder nicht. Die meisten Informationen werden ausgefiltert und gar nicht bewusst wahrgenommen. […] In einer akuten Psychose erscheinen nun aber alle Informationen plötzlich als wichtig und bedeutsam, denn das Dopamin >>markiert<< sie gewissermaßen. So kann der Filter nicht mehr funktionieren, fast nichts wird mehr aussortiert und das Gehirn kann dann beispielsweise oft nicht mehr unterscheiden, welche Informationen von außen kommen und welche Meldungen aus dem eigenen Körper stammen.“ S. 61, 62

Schizophrenie

„dass seine Seele gespalten ist. Oft befürchtet man dann, dass er zwei Persönlichkeiten hat oder zwei Gesichter, so wie Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Tatsächlich ist es eher so, dass die Betroffenen […] in zwei Wirklichkeiten leben (Bäuml 2008): in jener Wirklichkeit, die mit dem normalen Verständnis und

Empfinden der Durchschnittsbevölkerung weitgehend übereinstimmt und gleichzeitig in einer privaten Wirklichkeit, in der die Betroffenen Dinge erfahren und erleben, die andere nicht nachvollziehen können.“ S. 47

Schizophren zu sein oder an einer Psychose zu leiden meint also das Vorhandensein zweier nebeneinander stehender Wahrnehmungswelten. Die eine Wahrnehmungswelt stimmt mit der Wahrnehmung der meisten anderen Menschen im selben sozialen Umfeld überein. Die andere Welt scheint auf den ersten Blick sehr privat und oftmals seltsam, falsch und beängstigend zu sein. […] Jeder kennt das Gefühl, anderen nicht trauen zu können. Das Gefühl, dass andere nicht ehrlich sind, nicht die Wahrheit sagen und man nach versteckten Andeutungen oder Anzeichen von Verschwörung suchen muss. […] „ S. 48

„Es gibt nicht die eine Schizophrenie, sondern unterschiedliche Erscheinungs- und Verlaufsformen, deshalb spricht man auch von der Gruppe der Schizophrenien oder von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Völlig verschiedene Krankheitsursachen können letztlich zu ähnlicher Symptomatik führen, wobei der Verlauf sehr unterschiedlich sein kann. […] Betroffene als auch Fachkräfte verwenden häufiger den Begriff >>Psychose<<, weil er im Alltag als etwas weniger stigmatisierend empfunden wird als der Begriff >>Schizophrenie<<. […] die meisten Menschen erkranken aber im dritten Lebensjahrzehnt an einer Psychose.“ S. 59

Halluzinationen

„… sind Trugwahrnehmungen, also Sinneseindrücke, die ohne einen entsprechenden Außenreiz entstanden sind. Der Betroffene hört, sieht, riecht oder fühlt etwas, was mit seinem inneren Erleben in Übereinstimmung ist, von anderen aber nicht wahrgenommen wird (Jensen u.a. 2010). Am häufigsten kommt es vor, dass die Betroffenen Stimmen hören, also akustische Halluzinationen haben. Manchmal handelt es sich eher um ein Stimmengewirr, das dem nur gelegentlich ein deutliches Wort, beispielsweise der eigene Name herauszuhören ist. Es gibt aber auch Stimmen, die mit den Betroffenen sprechen, sogenannte dialogische Stimmen. Es kommt vor, dass die Betroffenen den Stimmen antworten und sich mit ihnen unterhalten, für andere sieht das dann aus wie ein Selbstgespräch. Oftmals sehr quälend sind kommentierende Stimmen,

die jede Handlung, oft aber auch jeden Gedanken oder Impuls des Patienten kommentieren, manchmal neutral, oft aber auch hämisch und gehässig. Gefährlich sind die imperativen Stimmen, die den Betroffenen befehlen, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht möchten. Die Patienten wehren sich oft gegen die imperativen Stimmen, dies braucht aber viel Kraft und es besteht die Gefahr, vor Erschöpfung irgendwann aufzugeben. Besonders gefährlich sind Stimmen, die den Befehl erteilen, sich das Leben zu nehmen. Ebenfalls häufig, aber weniger bekannt sind Halluzinationen von Geruchswahrnehmungen und sogenannte Leibhalluzinationen. Hier haben die Betroffenen das Gefühl, mit ihrem Körper stimme etwas nicht, er sei entstellt oder verändert. Auch sehr starke Schmerzen ohne körperliche Ursache können Leibhalluzinationen sein. (www.stimmenhoeren.de) " S. 54

Depressionen

[…] zählen zu den affektiven Störungen. Dies bedeutet, dass in erster Linie das Gefühlsleben betroffen ist. […] Oft verbirgt sich die Krankheit hinter körperlichen Beschwerden, beispielsweise Schmerzen, Erschöpfung und Herz-Kreislauf-Problemen, was dazu verleitet, wegen dieser Störungen zum Arzt zu gehen. Hinzu kommt, dass es weniger stigmatisierend und in der Gesellschaft eher akzeptiert ist, wegen Schmerzen oder Burn-out in Behandlung zu sein als wegen einer Depression. […] Ein Misserfolgserlebnis kann der Auslöser sein für eine Kette von negativen Gedanken, Versagensgefühlen und einem Rückzugsverhalten, das noch mehr Zeit und Raum gibt für Grübeleien. […] die Seele entwickelt eine Art Totstellreflex – vergleichbar einem Fluchttier, da sich duckt bis die Gefahr vorbeirauscht. […] Wir entwickeln depressive Züge, um uns zu schützen, und brauchen dann Zeit, Ruhe, Geduld, Besinnung, Trost, Hilfe, Zuspruch." S. 81, 82

„Depressive Symptome können sehr vielfältig sein. Sehr häufig kommen körperliche und psychische Symptome gemeinsam vor. […] Viele negative Gedanken über die eigene Person kreisen im Kopf (>>Ich bin ein Versager<<, >>Ich werde nie etwas auf die Reihe bekommen<<). Depressive Menschen sehen die Zukunft extrem pessimistisch (>>Das wird sich nie ändern<<, >>Alles geht den Bach runter<<) […] Alltägliche Probleme werden zu riesigen,

unüberwindlichen Bergen und wahrscheinlichen Katastrophen. Das Denken ist verlangsamt, die Konzentration beeinträchtigt durch Grübeleien. Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des eigenen Lebens gipfeln nicht selten in Suizidgedanken. Häufig empfinden Betroffene eine innere Unruhe, sind angespannt und reizbar. Sie fühlen sich erschöpft, müde und energielos. […] Bei manchen Menschen stehen die körperlichen Beschwerden bei einer Depression im Vordergrund. Dann kann es schwierig sein, die Depression als solche zu erkennen. […] Die Depression ist ein emotionaler Zustand, der sich in einer niedergeschlagenen Stimmung, Antriebsschwäche oder dem Verlust von Freude und Interesse äußert. […] In Zeiten wirtschaftlicher Krisen erkranken sogar noch mehr Menschen. […] Bei Frauen tritt die Depression etwa zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Männern. […] Als Begleiterkrankungen finden ich häufig Angstörungen, Substanzmissbrauch, sexuelle Funktionsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. […] Als chronisch bezeichnet man eine Depression, wenn die Symptome länger als zwei Jahre anhalten. […] Menschen mit einer chronischen Depression werden häufig als engstirnig oder rechthaberisch wahrgenommen. […] Wenn sie in Stress geraten, haben sie häufig nur wenig Kontrolle über ihre Gefühle. […] Depressive Phasen werden häufig durch belastende Lebensereignisse (z.B. Trennung, Verlust, Tod eines Angehörigen) oder durch Stress und Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Familie ausgelöst. […] Bei einer Reihe von depressiven Patienten wurden Veränderungen im Gehirn festgestellt. Der Bereich des Gehirns, der direkt hinter der Stirn liegt, ist auf der linken Seite weniger aktiv. Dies führt z einer Dominanz der rechten Hirnhälfte, wo negative Emotionen angesiedelt und damit überrepräsentiert sind. […] Ob die Veränderungen im Gehirn eine Folge der Depression oder ob sie Ursache für Depressionen sind, konnte bislang noch nicht geklärt werden. […] In vielen Untersuchungen zeigte sich, dass das Denken depressiver Menschen verzerrt ist. Menschen mit negativen Einstellungen bzw. Grundüberzeugungen neigen eher zu depressiven Symptomen, wenn sie negative Erfahrungen machen müssen. […] Viele Studien haben gezeigt, dass Menschen, die sozial isoliert sind oder denen soziale Unterstützung fehlt, eine höhere Vulnerabilität für Depressionen aufweisen. Depressive Menschen haben

kleinere und weniger unterstützende soziale Netzwerke, d.h. weniger Kontakte und weniger enge Freunde.“ S. 83, 84, 85, 86, 88, 89

„Die Welt besteht nicht aus Chancen und Möglichkeiten, sondern aus Sorgen, Katastrophen und Gefahren. Alles erscheint mühselig und jede Alltagsanforderung wird zu einem unüberwindlichen Berg. […] Häufig fällt es Menschen in einer Depression leichter sich auf konkrete Aufgaben zu konzentrieren oder über eine bestimmte Aktivität zu berichten, als über die allgemeine Befindlichkeit zu sprechen. […] Dabei sollten möglichst konkrete Ziele und Tätigkeiten vereinbart werden. […] Die allgemeine Frage >>Wie geht es Ihnen heute?<< kann dazu verführen, dass der Klient zum wiederholten Male alle Gründe aufzählt, warum es ihm heute so schlecht geht.“ S. 91, 92

Stellvertretende Hoffnung

„Viele Betroffene berichten nach einer schweren Krankheitsphase, dass ihnen geholfen hat, dass jemand an sie geglaubt hat, dass es Menschen in ihrer nächsten Nähe gab, die positive Erwartungen und Hoffnungen in sie gesetzt haben. Deshalb ist eine der wichtigsten therapeutischen Haltungen die der Hoffnung und der bewussten positiven Unterstellung, dass der Klient seinen eigenen Weg finden wird und dass es Auswege aus der Krise gibt. […] Das Nicht-Wollen-Können ist für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar, da für uns eine willensgesteuerte Lebensgestaltung so selbstverständlich ist. […] Deshalb benötigen Mitarbeitende viel Geduld und eine hohe Sensibilität dafür, was für Betroffene zum jeweiligen Zeitpunkt möglich ist und was nicht. Für welche Themen und Aktivitäten sind Betroffene ansprechbar und aktivierbar? […] Deshalb ist es besonders wichtig, Zugang zu den Zielen von Klienten zu finden und anschließend die Ziele in Verbindung mit möglichen Schwierigkeiten zu bringen. […] Die Kommunikation von Menschen mit Depressionen ist häufig geprägt von anhaltenden Klagen. […] Ganz oft hört man dieselben Klagen immer wieder. Die Betroffenen stecken fest in der eigenen Hilfslosigkeit. […] Für Fachkräfte kann hilfreich sein, sich daran zu erinnern, dass Klagen ein Ausdruck von Verzweiflung sein können. Es kann notwendig, entlastend und ein echtes Bedürfnis sein, über die Verzweiflung, die Sorgen und negativen Gefühle

zu reden. […] In der Arbeit mit depressiven Klienten kann es Phasen geben, in denen tatsächlich kaum eine Veränderung möglich ist.“ S.90, 91, 92, 93, 94

Bipolare Erkrankungen / Bipolare affektive Störung

„Bipolare Erkrankungen gehören zu den affektiven Störungen, das heißt sie betreffen die Stimmung. Wenn die Stimmung in höchsten Maße gehoben ist, wenn Menschen über längere Zeit hinweg extrem energiegeladen, tatkräftig und zuversichtlich sind, ohne dass es dafür einen angemessenen Grund gibt, dann spricht man von einer Manie. […] Die gehobene Stimmung geht nach einiger Zeit in eine depressive Phase mit ebenso ausgeprägter, scheinbar grundloser Niedergeschlagenheit über. […] Die Manie ist in milderer Form oder zu Beginn der Begeisterung und Euphorie, die wir vermutlich alle kennen, ganz ähnlich und hat viele positive Auswirkungen. Hätten wir nicht die Fähigkeit zur Manie, könnten wir uns nicht begeistern für eine Idee, Energie in eine Sache stecken, andere motivieren, mitreißen und wirklich etwas bewegen auf der Welt. […] Von einer affektiven Störung sprechen wir dann, wenn eben kein nachvollziehbarer Auslöser für die extreme Stimmung erkennbar ist, wenn wir nicht nachvollziehen können, warum der Betreffende tief traurig oder himmelhoch jauchzend reagiert. […] Wenn eine Manie beginnt, haben Betroffene oft den Eindruck, alles sei möglich. Ihnen steht scheinbar unbegrenzte Energie zur Verfügung, sie trauen sich alles zu und blicken extrem zuversichtlich in die Zukunft. Zweifel und Einwände anderer erscheinen ihnen kleinlich und unangebracht. Sie sind grenzenlos optimistisch und gehen davon aus, dass ihnen alles gelingen wird. Ihr Optimismus und ihre Begeisterung kann dabei durchaus ansteckend wirken, andere Menschen mitreißen. Die Betroffenen haben jede Menge Ideen, die sie dank ihres Tatendrangs alle zu realisieren versuchen. Ruhephasen erscheinen den Betroffenen langweilig. In der Manie vergeht die Zeit rasend schnell, der Tag scheint immer zu wenige Stunden zu haben. Bei All iihren Aktivitäten setzen sie allerdings keine Prioritäten, da ihnen alles gleich wichtig erscheint und sie sich alles gleichzeitig zutrauen. Tatsächlich verzetteln sie sich dann oft zwischen vielen begonnenen und unabgeschlossenen Projekten. […] Warnungen werden aus der manischen Stimmung heraus nicht ernst genommen. Auch gesundheitlich schädigen sich die Betroffenen oft

erheblich. […] Die Betroffenen erwecken zwar den Eindruck, über grenzenloses Selbstbewusstsein zu verfügen. Tatsächlich sind sie jedoch sehr empfindlich und leicht zu kränken. […] Manische Klienten spüren trotz Schlafmangels keine Müdigkeit und betrachten Schlaf daher als eine eher unwichtige Nebensache, als Zeitverschwendung, die zugunsten wichtigerer Aufgaben vernachlässigt werden kann. […] bei der Manie ist das verringerte Schlafbedürfnis ein Kernsymptom. […] Wenn sich manische und depressive Episoden abwechseln, spricht man von einer bipolaren Störung. […] Die abgeschwächten manischen Phasen bezeichnet man auch als Hypomanie. […] S. 102, 104, 105, 106

„Im Gehirn gibt es Strukturen, die für die Steuerung biologischer Rhythmen zuständig sind und unser Zeitleben beeinflussen, sogenannte innere Taktgeber. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit bipolaren Erkrankungen häufig Veränderungen in genau diesen Hirnstrukturen aufweisen. Ihre innere Taktgeber scheinen nicht zuverlässig zu funktionieren, die Zeiger ihrer inneren Uhr fangen plötzlich an zu rasen oder bewegen sich in depressiven Phasen langsamer, der innere Rhythmus geht verloren.“ S. 110

„Menschen bewegen sich in der Manie in extremen Gefühlszuständen. Die Gefühle können schnell auf einen selbst überspringen und sich aufschaukeln. So ist die Begegnung mit einem manischen Klienten auch für die Fachkräfte immer eine sehr emotionale Angelegenheit.“ S. 115

Persönlichkeitsstörungen

„Nach außen zeigt man seine Persönlichkeit durch den persönlichen Stil. Dieser persönliche Stil kann unterschiedlich akzentuiert sein. Nur wenn er sehr stark akzentuiert und nicht mehr situationsangemessen veränderbar ist, sprechen wir von einer Persönlichkeitsstörung.“ S. 123

„Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch Schwierigkeiten in der Interaktion, im zwischenmenschlichen Bereich. […] Persönlichkeitsstörungen sind immer ein Problem der Interaktion und nie das alleinige Problem der Betroffenen. […] Persönlichkeitsstörungen waren einmal Überlebensstrategien. […] Im Vordergrund stehen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen also oft Verhaltensweisen, die immer in derselben Art und Weise wiederholt werden, ob es nun gerade sinnvoll ist oder nicht. […] Um zu verstehen, warum Menschen

mit Persönlichkeitsstörungen sich so verhalten, müssen wir nach SACHSE (2006) in ihrer Kindheit und Jugend suchen. Wir können davon ausgehen, dass in dieser Zeit **zentrale Beziehungsmotive** unbefriedigt geblieben sind. S. 127, 128

„[…], dass Menschen mit Persönlicheitsstörungen sich meistens nicht als krank erleben und nicht erkennen können, welchen eigenen Anteil sie am Zustandekommen all ihrer Schwierigkeiten haben. Entsprechend suchen sie die Ursache ihrer Probleme eher in ihrer Umgebung, bei anderen Menschen. Die Betroffenen suchen eher wegen kritischer Situationen in ihrem Leben therapeutische Hilfe oder wenn sich zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine weitere psychische Erkrankung eingestellt hat, beispielsweise eine Depression. […] Lange Zeit galten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als nicht therapierbar. Ihnen wurde unterstellt, nicht motiviert zu sein, da sie keine Einsicht in ihre Problematik hätten. Sie galten als wiederständige, uneinsichtige Klienten, die häufig Therapien abbrachen. S.146, 147

„Die Motive des Klienten zu verstehen, heißt nicht, seine Methoden und Strategien gutzuheißen. Sie können durchaus kritisch mit den Klienten diskutiert werden. Wichtig ist aber ein verstehender Zugang auf der Ebene der Motive, der meistens gelingt, da die Klienten keine anderen Motive verfolgen als andere Menschen auch. Ziel ist es, dem Klienten die Motive zu belassen, aber gemeinsam mit ihm zu überlegen, wie er sie auf einem anderen, sozial verträglicheren Weg befriedigen kann. Fachkräfte schaffen es auf diese Weise, Verhaltensweisen von Klienten nicht so persönlich zu nehmen. […] Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind daran gewöhnt, ihr Verhalten anderen gegenüber rechtfertigen zu müssen und sind in solchen Diskussionen meist überlegen. […] S. 149, 150, 151

„Menschen mit Persönlichkeitsstörungen reagieren selbstverständlich ängstlich, misstrauisch und zunächst abwehrend auf alle Versuche, ihre Persönlichkeit zu verändern.“ S. 155

„Menschen mit Persönlichkeitstörungen haben gelernt, dass sie ihre Ziele durch offenes Verhalten nicht erreichen und setzen verdeckte Strategien ein. Das heißt auch, dass sie Ihre Gesprächspartner im Unklaren darüber lassen darüber, worum es ihnen eigentlich geht.“ S.159

Unbefriedigte zentrale Beziehungsmotive als Ursachen einer Persönlichkeitsstörung

„Anerkennung […] Wichtigkeit […] Solidarität […] Autonomie […] Verlässlichkeit […] Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen […]

Es ist wichtig für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung, dass alle diese Motive befriedigt werden. Wenn eines über längere Zeit unbefriedigt bleibt, können wir uns nicht damit trösten, dass die anderen Motive ja befriedigt werden. Im Gegenteil: Das unbefriedigte Motiv hat dann höchste Priorität für uns, wir setzen alles daran, es zu befriedigen. Wir können nicht einfach darauf verzichten. Das kann die Grundlage für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung sein. […] Und da die Betroffenen das nicht einfach so hinnehmen konnten, haben sie angefangen, Strategien zu entwickeln, um doch noch zu bekommen, was sie brauchen. Dadurch kann ein Teufelskreis entstehen, der letztlich zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen kann. […] Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben in der Regel kein gesundes Maß an Befriedigung zwischenmenschlicher Bedürfnisse erfahren.“ S. 128, S. 129

„Wie die weitere Entwicklung ist, hängt stark davon ab, wie das Leben der Betroffenen verläuft. [...] Um zu verstehen, was die Persönlichkeitsstörung von der gesunden Persönlichkeit unterscheidet, müssen wir uns daher allgemein mit Persönlichkeit beschäftigen. […] Charakteristisch für eine Persönlichkeitsstörung wäre aber eine […] Unfähigkeit, in die andere Richtung zu wechseln, wenn es angebracht wäre.“ S. 130, S. 131, S. 132

Arten von Persönlichkeitsstörungen

„***Dissoziale Persönlichkeitsstörung*** […]

Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung haben kaum Angst, suchen das Risiko und können sich nicht in andere hineinversetzen. […]

Histrionische Persönlichkeitsstörung […]

Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung möchten am liebsten immer im Mittelpunkt stehen. […]

Dependente Persönlicheitsstörung […]

Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung versuchen sich unentbehrlich zu machen, damit sie nicht verlassen werden können. […]

Narzisstische Persönlichkeitsstörung […]

Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung versuchen, ihr negatives Selbstkonzept zu verbergen, indem sie die eigene Großartigkeit betonen. […]

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung richten ihr Leben nach rigiden Gesetzmäßigkeiten aus, denen sie ausnahmslos folgen. […]

Paranoide und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind ihrer Umwelt gegenüber extrem misstrauisch und ständig bereit sich zu wehren. […]

Schizoide Persönlichkeitsstörung […]

„Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung legen nur wenig Wert auf Kontakt zu anderen Menschen. […]

S. 134 – 145

Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Menschen mit Borderline erleben Gefühle so intensiv, dass sie als diffuse, unerträgliche Spannung wahrgenommen werden.“ S.163

„[…] auf der Grenze gehen zwischen Normalität und Krankheit, zwischen Nähe und Distanz, zwischen himmelhochjauchzent und zu Tode betrübt. Viele Borderliner haben Grenzverletzungen erlebt, sie können schwer Grenzen setzen. […] Die Störung wirkt sich auf die Gefühle und das Verhalten der Betroffenen aus. Sie verändert ihre Identität. Es handelt sich um eine sehr komplexe Störung mit vielen unterschiedlichen Erscheinungsbildern. […] Borderline-Betroffene erleben schnelle Stimmungswechsel. Zusätzlich sind sie sehr empfänglich für die Stimmungen ihrer Mitmenschen. Häufig können sie diese aber nicht einordnen, sondern reagieren nur sehr stark darauf. Ein freundliches Wort, eine nette Geste ist wie Balsam auf ihre Seele. Ein unfreundlicher Blick oder leise Kritik kann wie eine schwere Verletzung erlebt werden. […] Betroffene haben oft eine große Wut in sich, die sie nicht kontrollieren können. Ihre Wut kann sich gegen Menschen, Gegenstände oder die eigene Person richten. […] Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bemühen sich verzweifelt, ein Alleinsein zu vermeiden, Einsamkeit erscheint ihnen existenziell bedrohlich. Das Gefühl hängt dabei eng zusammen mit dem Gefühl der Leere. Viele Borderliner haben

haben in ihrer Kindheit beängstigende Situationen der Verlassenheit und des Ausgeliefertsein erlebt, in denen niemand für sie da war. Da viele Borderliner aber schwierige zwischenmenschliche Beziehungen führen, sind sie auch im Erwachsenenalter häufig allein. Und bei jeder Trennung werden wieder alte Gefühle des Verlassenwerdens wachgerufen S.164, 165, 166

„Borderliner leben freundschaftliche Beziehungen zeitweise so intensiv wie eine Liebesbeziehung, aber bevor es zum Konflikt kommt, brechen sie lieber selbst die Beziehung ab. […] Viele Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden darunter, kein eigenes Identitätsgefühl zu haben. Sie sind sich selbst irgendwie fremd und orientieren sich sehr stark an den Erwartungen der Umgebung. Für Freunde sind sie bereit, beinahe alles zu tun, ohne Rücksicht auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse. […] Viele Betroffene wissen gar nicht genau, was sie selbst eigentlich wollen. Sie müssen angeleitet werden, dies herauszufinden. S. 169, 170

„So ist es hilfreich zu wissen, dass viele Borderliner aufgrund negativer Erfahrungen mit den anderen Menschen sehr misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt sind. Es ist für Sie zu einer Überlebensstrategie geworden, zu misstrauen und Personen immer wieder zu testen. Bewusste Strategien sind das eher nicht. […] Trotzdem sind viele Betroffene über weite Strecken auf sich allein gestellt. Das heißt, sie müssen lernen, sich selbst zu helfen. Sie müssen Fähigkeiten und Kräfte entwickeln, um der Dynamik der Borderline-Störung nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Die Einflussmöglichkeiten sind sehr vielfältig. […] Die Betroffenen können lernen, sich in alltäglichen Situationen selbst besser zu steuern. Dabei geht es vorrangig um den Aufbau von guten Gewohnheiten, […] S. 176, 177, 178

„Klienten mit einer Borderline-Störung erscheinen auf den ersten Blick kompetent. Sie vermitteln, dass sie ihren Alltag im Griff haben. Erst wenn sie jemanden näher kennenlernen und Vertrauen fassen können, gewähren Borderliner Einblicke in all das, was nicht funktioniert. Dann wird deutlich, dass viele Kompetenzlücken bestehen und dass einige Lebensbereiche fast gänzlich brachliegen oder überhaupt nicht angepackt werden. […] Einigen Klienten bereitet der Umgang mit Geld große Schwierigkeiten. Mansche schaffen es

gerade noch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen, für alles andere fehlt ihnen die Kraft.“ S. 180, 181

„Viele Betroffene versuchen, jede Krise allein zu meistern, und scheitern daran. Es kommt zu Eskalationen. Wenn Krisen nicht mehr allein bewältigt werden können, ist es wichtig, dass Betroffene lernen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und dass sie wissen, wo und wie sie Unterstützung finden. […] Auch Medikamente können Krisenmittel sein. Allerdings gibt es keine speziellen für Borderline entwickelten und von der Krankenkasse zugelassenen Medikamente. Für einige wenige Medikamente wurde eine gewisse Wirksamkeit nachgewiesen: Olanzapin (Zyprexa ®) zur emotionalen Beruhigung, Valproinsäure (Valproat ®) zur Dämpfung von Agressivität und Impulsivität. Bei schweren Selbstverletzungen und Dissoziationen kann Naltrexon (Nemexin ®) zum Einsatz kommen. […] Häufig werden zur Beruhigung, Angstlinderung oder Schlafmedikation Benzodiazepine (z.B. Tavor ®) verordnet. […] Die zur Zeit langfristig wirkungsvollste Behandlung der Borderline-Störung ist die Psychotherapie.“S. 182, 183

„Wir haben gesehen, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig von Ihren Gefühlen überrollt werden, dass sie diese Gefühle oft nicht benennen oder in Zusammenhang mit dem Geschehen um sie herum bringen können. Wenn Betroffene versuchen, Situationen und Gefühle niederzuschreiben, ein Tagebuch oder Gefühlsprotokolle führen, kann es ihnen helfen, das eigene Verhalten nachzuvollziehen. […] Durch das Aufschreiben lassen sich Erinnerungslücken füllen und manche verpasste Gelegenheit für eine alternative Bewältigung kann offensichtlich werden. S.183, 184

Angststörungen

„Die meisten Angststörungen neigen dazu, chronisch zu werden, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden. Sie treten sehr häufig in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf, vor allem mit anderen Angststörungen und depressiven Störungen. Man unterscheidet drei verschiedene Angststörungen: Phobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung. […] Ohne Fähigkeit zur Angst wären wir nicht in der Lage, uns vor Gefahr zu schützen. Die Menschheit

wäre ausgestorben. Und auch die individuelle Angst ist nicht unbedingt als Störung zu betrachten, sondern zunächst eine notwendige Überlebensstrategie.“ S. 188, 189

„Angst bereitet unseren Körper vor, zu reagieren. Es läuft in unserem Körper die Stressreaktion ab. Angst macht uns wach, hält uns an, vorsichtig zu sein oder uns ganz aus der Situation zurückzuziehen. Je stärker das Gefühl ist, desto stärker entsteht der Impuls zu handeln.“ S. 190

„Ängste entstehen hauptsächlich, wenn Situationen uns bedrohlich erscheinen und wir unsere Fähigkeit, die Situation zu bewältigen als gering einschätzen […] Wir lernen Ängste von unseren engsten Bezugspersonen. Wenn unsere Eltern sich schnell bedroht fühlen, sehr ängstlich sind und uns vermitteln, dass diese Welt ein gefahrenvoller Ort ist, dann übernehmen wir sehr wahrscheinlich diese Bewertungen.“ S. 192

„Wann beginnt Angst zur Störung oder zur Krankheit zu werden ? Ab wann sollte jemand Hilfe und Unterstützung suchen?

- Wenn Ängste unangemessen und stärker als notwendig auftreten;
- Wenn Ängste zu häufig auftreten oder zu lange andauern;
- Wenn Ängste mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Auftreten und ihr Andauern verbunden sind;
- Wenn Ängste dazu führen, dass man bestimmten Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorliegt, aus dem Weg geht, sie vermeidet; man spricht hier von der Angst vor der Angst;
- Wenn Ängste mit einem starken Leidensdruck einhergehen“ S. 193, 194

„Wenn wir Angst erleben, ist in unserem Körper das Stress- und Angstsystem aktiviert. Der ganze Organismus wird in Alarmbereitschaft versetzt. Über die Sinnesorgane gelangen Informationen in unser Gehirn. Diese Informationen werden über einen Bereich im Gehirn, den Thalamus auf zwei unterschiedlichen Wegen weitergeleitet. […] S.199

„Sehr häufig entstehen Angststörungen durch lang anhaltende Belastungs- und Überforderungssituationen. Die Betroffenen funktionieren auf einem hohen Stressniveau. Mit der Zeit entsteht das Gefühl von Hilflosigkeit. Die Betroffenen entwickeln Sorgen und Ängste, die Anforderungen nicht mehr bewältigen zu können und den eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht zu werden. Es

besteht die Gefahr, dass das Angstsystem über längere Zeiträume aktiviert bleibt. […] Auch ein angstverstärkender Erziehungsstil […] kann die Entwicklung hin zu Angststörungen fördern.“ S. 199

„Klienten sollten im Alltag möglichst viele Gelegenheiten nutzen, um angstbesetzte Situationen zu bewältigen. Dabei kann man Schritt für Schritt vorgehen […] Das Durchleben von angstbesetzten Situationen steigert das Selbstwertgefühl, das Selbstwirksamkeitserleben und reduziert das Angsterleben in der Situation und die Erwartungsangst. […] Wenn Menschen mit einer Angststörung lange mit ihrer Angst leben und nichts unternehmen, verfestigt sich das Vermeidungsverhalten immer mehr. […] Zentral bei der Bewältigung von Ängsten ist, dass die Betroffenen sich der Angst und den gefürchteten Situationen aussetzen. In der Psychotherapiesprache nennt man dies Exposition.“ S. 202, 203

„Darüber hinaus können Sie Ihren Kliententinnen und Klienten die goldenen Regeln des Angstforschers WITTCHEN (1997) zur Angstbewältigung ans Herz legen“ S. 205

Zwangststörungen

„Zwangshandlungen ähneln zunächst abergläubischen Ritualen und religiösen Riten; wie diese sollen sie Halt geben in einer zunehmen unübersichtlichen Welt. […] Wir alle tragen ein Bedürfnis nach Sicherheit, Velässlichkeit und Kontrolle in uns. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse etablieren wir in unserem Alltag Gewohnheiten. […] S. 206

„Zwangshandlungen oder rituale sind äußere oder mentale Handlungen, die Betroffene immer wieder ausführen müssen. Mit den Handlungen sollen befürchtetes Leid abgewendet werden, Unwohlsein vermieden oder vermeintliche Gefahren beseitigt werden. […] Der Versuch, einer Zwangshandlung zu wiederstehen, wird meistens von starker Angst begleitet. […] Zwangshandlungen werden in der Regel mit der Zeit immer schlimmer, wenn sie nicht behandelt werden.“ S. 209

„Menschen mit Zwangsstörungen leiden unter verschiedenen Denkverzerrungen. Informationen werden in einem ungünstigen Stil aufgenommen und bewertet. Ungünstig bedeutet hier, dass die Aufnahme und

Bewertung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge beitragen. […] S. 210

„Damit gehört die Zwangsstörung zu den vier häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach den Angststörungen, Depression und Abhängigkeitserkankungen.“ S. 211

„Durch bildgebende Verfahren konnten die Gehirne von Menschen mit Zwangsstörungen genau untersucht werden. Diese Untersuchungen ergaben noch keine eindeutigen Ursachen für Zwänge, aber Hinweise darauf, dass Menschen mit Zwangserkrankungen eine erhöhte Aktivität in bestimmten Hirnregionen zeigen. […] Auffallend ist, dass diese Veränderungen im Gehirn durch eine Verhaltenstherapie oder durch Medikamente wieder normalisiert werden können.“ S. 213

„Fachkräfte können sehr schnell von Klienten eingeladen werden, Entscheidungen für sie zu treffen, Verantwortung für Sie zu übernehmen und ihnen Rückversicherungen zu geben, dass sie gut gearbeitet haben, dass nichts Schlimmes passiert ist oder dass sie sich nicht schuldig fühlen müssen.“ S. 215

„Untätigkeit und unstrukturierte Zeit ist für Menschen mit Zwangsstörungen in der Regel schwierig. Sie verzetteln sich oder verbringen die Zeit mit Zweifeln, grübeln oder unnötigen Kontrollen.“ S. 216, 217

„Die wirksamste Therapie bei Zwangsstörungen überhaupt ist die Verhaltenstherapie. S.217

„Es empfiehlt sich eine Kombination aus Kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie. Insbesondere und medikamentöser Therapie. Insbesondere Menschen mit Zwangsstörungen und depressiven Symptomen profitieren von der kombinierten Behandlung.“ S.218

Traumasensibilität

„In unserem Gehirn gibt es einen Bereich, in dem erfreuliche und unangenehme Erlebnisse abgespeichert werden. Das ist das limbische System, sozusagen das Zentrum unserer emotionalen Intelligenz. […] Es ist zum Beispiel möglich, dass jemand Regen als Gefahrensignal abspeichert, weil er einen gefährlichen Autounfall bei Regen erlebt hat. S. 221

„Mittlerweile wissen wir aber, dass mehr als die Hälfte der psychisch kranken Menschen in ihrem Leben Gewalt und traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren und sind. […] Durch massive Stresserfahrungen in der Kindheit erhöht sich die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen, z.B. für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Angststörungen, Depression, Schizophrenie oder Suchtstörungen. Sehr häufig finden sich aufgrund der traumatischen Erfahrungen deutliche Veränderungen der Persönlichkeit bis hin zu Persönlichkeitsstörungen.“ S. 223

„Mit traumatischen Erfahrungen sind überwältigende Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden. Viele Menschen reagieren auf das Ereignis zunächst mit Herzrasen oder Schweißausbrüchen, traumatischen Erinnerungen und starken emotionalen Reaktionen, wie Angst, Wut oder Trauer. Im weiteren Verlauf können genau diese Reaktionen zu erheblichen Problemen für Betroffene führen. Sie werden zur psychischen Störung.“ S. 225

„Traumafolgesymptome führen häufig zu einem schweren Erkrankungsverlauf bei Psychosen, Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen. So haben traumatisierte Betroffene unabhängig von der jeweiligen psychiatrischen Diagnose vermehrt Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, der Beziehungsgestaltung oder mit ihrer Identität verglichen mit Personen mit gleicher psychiatrischer Diagnose ohne traumatische Erfahrungen (LYSAKER u.a. 2005). […] Traumatisierte Patienten gelten häufig als >>Systemsprenger<<, >>Drehtürpatienten<< oder einfach als >>unbehandelbar<<.“ S. 230

„Traumatische Erfahrungen sind geprägt von einem starken Maß an Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Betroffene fühlen sich in diesen Situationen machtlos und ausgeliefert. Daher ist Sicherheit für Betroffene am allerwichtigsten. […] Für die meisten Betroffenen ist es eine große Herausforderung, wieder Vertrauen zu fassen in andere Menschen und das Leben. Eine wichtige Basis dafür ist das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle“ S. 231

„An zweiter Stelle für einen traumasensiblen Umgang stehen Verständnis und Empathie für die vielfältigen Folgen einer Traumatisierung und die emotionalen Reaktionen von Betroffenen. Betroffene erfahren so, dass ihre Reaktionen

verständlich und in Ordnung sind. […] Durch Verständnis, Empathie und Informationen werden die Bewältigungsversuche der Betroffenen gewürdigt und erste Schritte zur Verarbeitung und zu günstigeren Bewältigungsstrategien angestoßen.“ S. 233

„Nach wie vor sind traumaspezifische Angebote sehr wenig verbreitet. Insbesondere Menschen mit schweren, komplexen Traumafolgestörungen bleiben diese Angebote oft verwehrt. Es ist weiterhin eine der größten Herausforderungen des Versorgungssystems, für traumatisierte Menschen früh angemessene traumasensible niederschwellige wie auch traumaspezifische Angebote anzubieten und diese gut zu vernetzen. Chronische psychische Störungen bei traumatisierten Menschen können dann besser verhindert werden.“ S.235

Dissoziation

„Man geht davon aus, dass Menschen in traumatischen Situationen psychisch massiv überfordert sind. […] Unsere Seele reagiert auf unerträgliche Situationen mit einem Mechanismus der Entfernung und Abspaltung von den realen Ereignissen. Man spricht von Dissoziation. Sie ist eine Art Selbstschutz, ein Überlebensmechanismus, wenn wir es nicht mehr aushalten können in traumatischen Situationen.“ S. 227

Umgang mit suizidalen Krisen

„Wie wir mit suizidalen Klienten umgehen, hängt stark von unseren eigenen Erfahrungen mit dem Thema ab bzw. wie wir in der Vergangenheit damit umgegangen sind.“ S. 236

„Nicht selten reagieren sonst sehr professionelle Fachkräfte auf suizidgefährdete Menschen mit Vermeidung, Ärger, Ungeduld oder Nichtbeachtung. Also mit dem Gegenteil dessen, was suizidgefährdete Menschen brauchen. Die Klienten spüren häufig, dass es unerwünscht ist, wenn sie über Suizidgedanken sprechen. So wird ihre Hilflosigkeit und Verzweiflung mitunter noch größer.“ S. 238

„Jedes Gespräch über Suizidalität ist ein Notfall-Gespräch. Suizidalität ist (meist) Krisenzeit im Leben bzw. Ausdruck einer Krisenhaften Zuspitzung psychischer Krankheit. […] Erfragen Sie Suizidgedanken offen und direkt.

Nehmen Sie die Gedanken ernst, ohne Beschönigung, ohne Verharmlosung, aber auch ohne Dramatisierung. Suizidgedanken sind Ausdruck seelischer Not.“ S. 245

„Das Gespräch mit suizidgefährdeten Menschen sollte sehr aufmerksam, respektvoll und offen geführt werden. „ S.251

„In der Alltagsbegleitung von psychisch kranken Menschen kann es schnell passieren, dass wir gut gemeint und unabsichtlich bestimmte Symptome verstärken und uns in deren Probleme stricken. […] Wir fühlen uns dann hilflos und unzufrieden, weil wir merken, dass unser Verhalten zwar gut gemeint, aber nicht sonderlich hilfreich für die Betroffenen ist. Wenn diese Phasen länger andauern, wird aus dieser diffusen Unzufriedenheit mitunter Ärger auf die Betroffenen. Dies kann dann zu einer weiteren Aufschaukelung von Symptomen oder dem Abbruch der Beziehung bzw. der Maßnahme führen. “S. 255

„Gleichzeitig ist es ungemein wichtig, nicht nur die kranken Seiten von betroffenen Menschen zu sehen. Es ist sehr einseitig, wenn wir nur noch durch die pathologische Brille schauen, immer nur sehen, was nicht funktioniert, und lediglich Diagnosen, Störungen und Krankheitsbilder im Kopf haben. Deshalb sollte diese Sicht auf die psychische Erkrankung immer ergänzt werden durch den Blick für die Stärken, für die Ressourcen, die Kraftquellen und gesunden Anteile. Ganz oft liegen die Chancen der Betroffenen nicht im Bereich der Störungen, sondern im Bereich der Ressourcen und Interessen.“ S.255

„Lernen Sie, mit beiden Augen zu sehen, sehen Sie das Sowohl-als-auch, nehmen Sie die kranken und gesunden Anteile in den Blick. Lassen Sie sich nicht in die pathologischen Teufelskreise verstricken und stärken Sie gleichzeitig die Ressourcen und Möglichkeiten. Dann können Genesungsprozesse wirksam begleitet werden.“ S. 256

Ende der Zusammenfassung

Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie



TherMedius®-Institut
Therapeutische Aus- und Weiterbildungen

Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

Psychotherapeutische Grundlagen für Therapeuten, Heilpraktiker, Heilpraktiker Psychotherapie, Ärzte, Coaches, psychologische Berater und Psychotherapie-Interessierte

Redaktionelle Leitung:
Gabriele Rengel-Schneider,
Herausgeber:
Jan-Henrik Günter, TherMedius®-Institut



Zusammenfassung: Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

Zusammengefasst von Sebastian Faber, Dipl.-Betriebswirt (FH)

Herausgeber: Jan-Henrik Günther, TherMedius® -Institut Stand:23.10.2013

Ziel der Psychotherapie:

" […] psychische Erkrankungen, Leiden oder Störungen durch Gespräch oder verschiedene übende Verfahren zu heilen." S. 12

Richtungen der Psychotherapie: (noch weiter herausarbeiten)

Was bedeutet psychisch Krank ?

"Grundsätzlich definiert man eine psychische Erkrankung als eine deutliche Abweichung des Erlebens und des Verhaltens von der Norm." S.14

Diagnose einer psychischen Erkrankung

"Ein wichtiger Faktor ist natürlich auch, inwieweit sich ein Klient der diagnostizierenden Person öffnet. Förderlich ist hier daher immer ein gewisses Vertrauensverhältis. Je mehr der Patient von sich ehrlich preisgibt, umso genauer können Diagnostik und Behandlungsplan sein." S.14

[…] "Merkwürdiges Verhalten" wurde in der Menschheit (und auch später) oftmals als Besessenheitszustand oder als Folge von Flüchen gesehen. So waren deren Behandler zumeist Schamanen oder Priester. <<Dämonen>> wurden von ihnen wortreich ausgetrieben, es wurden Wirkstoffe verabreicht oder chirurgische Eingriffe vorgenommen, um dese aus dem Körper zu entfernen." S. 15

"Im späten 18. Jahrhundert nun erlebte die Psychotherapie mit den Arbeiten des französischen Artztes Philippe Pinel einen Aufschwung. Pinel begründete mit seinen Schülern eine neue Tradition im Umgang mit Patienten, die psychisch erkrankt waren. Sie gingen davon aus, dass sich in jedem Menschen heilende

Kräfte und eine Freiheit fänden, die es nur galt zu stabilisieren. Im Zentrum der Behandlung standen Zuwendung, Milde und Geduld. Außerdem verband er als Erster das hippokratische mit einem analytischen Denken. Trotzdem wandte er auch rigide Maßnahmen, wie Hungerkuren, Eintauchen in kaltes Wasser oder Drehstuhlbehandlungen an." S. 16

"[…]1879 gründete Wilhelm Wundt das erste psychologische Laboratorium zur Erforschung der menschlichen Seele und gilt dadurch als Vater der modernen Psychologie." S.16

"Ein Jahr später entwickelte der Psychiater Dr. Josef Breuer eine <<Redekur>>. Eine Sensation in der damaligen Zeit, die Sigmund Freud 1900 als Basis für die Entwicklung seiner Psychoanalyse annahm." S. 16

"zum einen sind Ursachen psychischer Krankheiten nicht immer klar und auch ihre Symptome und Syndrome nicht immer eindeutig." S.16

Das triadische System

Drei Bereiche von psychische Erkrankungen des triadischen Systems (basiert auf Überlegungen von Emil Kraeplin)

"[1] Organischen Psychosen

[wie z.B. Demenz oder Delir] liegen klar definierte körperliche Erkrankungen zugrunde (zum Beispiel Hirntumor)." S.17

akute organische Psychosen "voll reversibel [i.d.r.] […] und sich meist durch Bewusstseinsstörungen äußern.

[…] Psychosen, chronisch oganische Psychosen die irreversible Wesenveränderungen und Demenz zur Folge haben können. […]

[2] Endogene Psychosen bezeichnen Schizophrenien und affektive Erkrankungen, die weder körperliche noch psychogene Ursachen haben. Organische Ursachen sind nur teilweise bekannt.

[3] Psychogene Störungen haben einen rein psychischen Ursprung und beinhalten Persönlichkeitsstörungen,

Angst- und Zwangsstörungen, Konversionen und dissoziative Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen." S.17

ACHTUNG:

"Mittlerweile wird dieses System nicht mehr offiziell angewandt […] durchaus [könnnen] auch körperliche Ursachen zugrunde liegen […]" S. 17

"Abgelöst wurde das triadische System von dem DSM-V und dem ICD-10." S. 17

"ICD-10

FO Organische einschließlich somatische psychische Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen)

F2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen" S. 18

"Das DSM-V [DSM-5] kann, wenn man möchte, einzeln aber auch als Ergänzung zum ICD-10 genutzt werden. […] Neben der unterschiedlichen Einteilung besteht der Hauptunterschied darin, dass das DSM-V zusätzlich auf[SF1] geschlechterspezifische Unterschiede eingeht." S. 18

EXKURS: Insgesamt werden im DSM-5 22 diagnostische Kategorien unterschieden:

1. Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung
2. Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
3. Bipolare und verwandte Störungen
4. Depressive Störungen
5. Angststörungen
6. Zwangsstörungen und verwandte Störungen
7. Trauma- und belastungsbezogene Störungen
8. Dissoziative Störungen
9. Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen
10. Fütter- und Essstörungen
11. Ausscheidungsstörungen
12. Schlaf-Wach-Störungen
13. Sexuelle Funktionsstörungen
14. Geschlechtsdysphorie
15. Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen

16. Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen
17. Neurokognitive Störungen (NCD)
18. Persönlichkeitsstörungen
19. Paraphile Störungen
20. Andere psychische Störungen
21. Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Medikamentenwirkungen
22. Andere klinisch relevante ProblemeVgl.

https://flexikon.doccheck.com/de/DSM-5#Aufbau

https://www.hogrefe.de/downloads/dsm-5-online-material

Begrifflichkeiten der Epidemiliogie

[1] Morbidität […] fasst Prävalenz und Inzidenz zusammen. […] Krankheitshäufigkeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitraum.

[1.1] Inzidenz: Anzahl der Neu-Erkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

[1.2] Prävalenz: Anzahl von bestehenden Fällen von bestimmten Erkankungen in einer bestimmten

Bevölkerungsschicht über einen bestimmten Zeitraum (Periodenprävelenz) hinweg oder zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävelenz)

[1.3] Mortalität: Anzahl der Todesfälle bei einer Erkrankung, bezogen auf die Gesamtzahl der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum.

[1.4] Letalität: Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle, bezogen auf die Anzahl der Erkrankten. Sie ist der Gradmesser der Gefährlichkeit einer Erkrankung." S.20

Kontakt / Kommunikation / Verhalten

"Betritt ein klient unsere Praxis, so nehmen wir als Erstes sein Verhalten und seine Fähigkeit, Kontakt aufzunehmen wahr. Wir spüren schon einmal im Ansatz seine Fähigkeit, soziale Distanz zu seinen Mitmenschen zu verrinngern und erleben, wie er sich uns gegenüber verhält. So können wir schon ganz am Anfang seine Kontaktfähigkeit mit der Außenwelt im Ansatz beurteilen und abschätzen, ob er eher misstrauisch, distanziert ist oder vielleicht auch zu distanzlosem, überschießenden Verhalten neigt.

Verhaltensstörungen spüren wir ggf. schon hier durch ein schweigendes, abnormes Verhalten […] [Problemverhalten] gegenüber der Außenwelt - in diesem Fall zunächst uns.

Sicherlich zeigt uns auch Einiges sein äußeres Erscheinungsbild, seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik, seine Motorik.

Das alles erkennen wir in den ersten Minuten.

Umso wichtiger ist es, sich zu vergegenwärtigen, dass diese Minuten wichtig sind, um den Patienten schon einmal einzuschätzen und eine erste, möglichst natürlich gute, Beziehung aufzubauen.

Sie ist ein Wirkungsfaktor für ein Vertrauensverhältnis und eine erfolgreiche Therapie.

Nehmen Sie also diesen Moment bewusst wahr, um daraus konkret in die Anamnese zu übergehen." S.22

Anamnese

"Erhebung von Daten, auf deren Basis ein Befund erstellt werden kann, der wiederum als Grundlage für die spätere Therapie dient. Sie beinhaltet den aktuellen Zustand des Patienten, seine gesundheitliche Vorgeschichte, seine Lebensumstände und alle weiteren Informationen, die zur Beurteilung der Situation des Klienten relevant erscheinen." S. 22 Wissen für Anamnese

Um diese Daten so erfassen zu können, dass sie objektiv nützlich sind, benötigen wir einiges an Wissen - und auch einige wichtige Grundbegriffe." S. 22

Bewusstsein

Bewusstseinszustände und deren klinische Bedeutung

"[…]erlebbare Existenz mentaler Zustände und Prozesse […]" S. 23

Vigilanz

"[…] <<Wachheit>>,Wahrnehmung, Orientierung, Bewusstseinsklarheit, Denken, Aufmerksamkeit, sprachlicher Verständigung und Handeln." S. 23

Quantitative und Qualitative Störungen des Bewusstseins

1. Qualitative Bewusstseinsstörungen

"[…] können Folge unterschiedlicher zerebraler, also vom Gehirn ausgehender, Funktionsstörungen […] (Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall), Störungen der Atmung oder Kreislauf, Vegiftungen [Ethanol], zu hohem oder zu niedrigemm Blutzuckerspiegel oder auch Infektionen des Nervensystems [Meningitis]." S.23

1.1 Schweregrade quantitativer Bewusstseinszustände

1.1.1 Benommenheit

" […] schläfrig, jedoch durch Ansprechen oder Berühren gut weckbar. […] Verhalten und Auffassungsfähigkeit sind verlangsamt, […] gut orientiert, zeigt aber kaum sprachliche Äußerungen. Reflexe und der Muskeltonus (der Spannungszustand einer Muskelgruppe oder eines Muskels) sind im Normalbereich." S.23

1.1.2 Somolenz

"[…] apathisch […] [oder] schläfrig, dass er nur durch lautes Ansprechen oder starke Berührungen weckbar ist. Konzetration und Aufmerksamkeit sind herabgesetzt. Er kann sich kaum Artikulieren. Falls er es doch tut, ist er kaum zu verstehen. Reflexe sind erhalten, der Muskeltonus ist leicht vermindert, Reaktionen auf Schmerzgrenze sid voll da. Wenn er schließlich erwacht, ist er orientiert, aber verwirrt." S.23

1.1.3 Sopor

"[…] nur durch äußerst starke Reize zu erwecken [Schmerzreize]. Er ist weder orientiert noch erhält man von ihm verbale Äußerungen, der Muskeltonus ist verinngert, allein Reaktionen auf Schmerzreize finden statt."

1.1.4 Präkoma und Koma

"[…] nicht weckbar, er zeigt auf Schmerzreize keine Reflexe. […] Es liegen Störungen zetraler körperlicher Funktionen wie Atmung, Temparaturregulation und Kreislauf vor, somit besteht höchste Lebensgefahr. Das Präkoma ist hierbei

eine Art Vorstufe des Komas, in der einzelne physiologische Reflexe zwar erloschen sind, in der jedoch noch Abwehrreaktionen auf starke Reize zu beobachten sind, ohne dass das Bewusstsein wiedererlangt wird. Im eigentlichen Koma sind dann auch diese Reaktionen nicht mehr zu beobachten."

S. 24

1.1.4.1 Coma vigile / Wachkoma

"Der Betroffene erscheint wach, der Blick geht geradeaus oder wandert umher, er kann allerdings nicht fixieren. Er reagiert verbal noch reflektorisch, ist stumm und reglos." S. 24

2. Qualitative Bewusstseinsstörungen

"[…] können infolge von Schädel-Hirn-Traumata, Stoffwechselproblemen, entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, Vegiftungen durch Medikamente, Alkohol oder Drogen aber auch bei Schlafentzug auftreten. Dabei werden Bewusstseinsinhalte verändert, die Bewusstseinsklarheit ist verinngert." S. 24

2.1 Bewusstseinstrübung

"[…] Verwirrtheit in Denken und Handeln […] Schwierigkeiten, Aspekte der eigenen Person und seiner Umwelt zu verstehen und auf sinnvolle Art und Weise miteinander zu verbinden. Dementsprechend sind Kommunikation und Handeln gestört." S. 24

2.1.1 Merkmale

"Desorientiertheit, Halluzinationen, Angst, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus und vegetative Störungen. Kann […] bei Intoxikationen, Entzug, Tumoren, Morbus, Alzheimer, kardiovaskulären Problematiken oder auch bei paranoid-halluzinorischer Schizophrenie auftreten.

2.1.2 Dämmerzustand z.B. nach epileptischen Anfällen oder bei Schädel-Hirn-Trauma

"[…] die Betroffenen nach außen hin orientiert zu sein scheinen und auch einfache Handlungen ausführen können, tatsächlich ist das Bewusstsein ganz auf das innere Erleben eingeschränkt. Die Außenwelt wird nur vermindert wahrgenommen. Betroffene befinden sich in einer Art traumwandlerischen Zustand. Oftmals kommt es zu Illusionären Verkennungen, es kann auch zu Hallozinationen kommen.

2.2 Bewusstseinseinengung

"Der Betroffene ist in seiner Kognition (also seinen gedanklichen Prozessen) und seinem emotionalen Erleben auf wenige Aspekte fokussiert. Dadurch ist er vermindet ansprechbar. Er ist nach außen hin jedoch orientiert. […] kann zum Beispiel bei Schädel-Hirn-Traumata, nach epileptischen Anfällen oder in Rauschzuständen vorkommen, aber auch in harmloser Form bei der Madiation, der Hypnose oder auchbeim konzentrierten Arbeiten." S. 24

2.3 Bewusstseinsverschiebung oder Bewusstseinserweiterung

"[…] Er verspürt Intensitäts oder Helligkeitssteigerungen. Zudem kann eine gesteigerte Wachheit auftreten sowie ein Gefühl der Ekstase. […] kann zum Beispiel bei bestimmten Drogen, beginnender Schizophrenie oder Manie auftreten." S. 25

3. Orientierung

"[…] kognitive Fähigkeit, zu wissen, wo, wann und in welcher Situation man sich in diesem Moment befindet, welche Person vor einem steht - oder wer man auch selbst ist. […] Orientierungsstörungen können harmlose Ursachen wie Stress, Erschöpfung oder Schlafmangel haben, können aber auch Folge von organischen Störungen wie Demenz, Alkohol- oder Drogenmissbrauch sein." S. 25

3.1 Desorientiertheit im Bezug auf die Zeit

"Der Betroffene kann nicht sagen, welcher Tag, Monat oder welches Jahr gerade ist. Bei schweren Störungen werden auch Tages- oder Jahreszeiten nicht mehr erkannt." S. 25

3.2 Desorientiertheit im Bezug auf die Situation

"Der Betroffene kann die Situation, in der er sich befindet, nicht mehr erfassen, weder ihren Sinn noch ihre Bedeutung." S. 25

3.3 Desorientiertheit im Bezug auf den Ort

"Der Betroffene weiß nicht, wo er sich befindet oder wie er von einem Ort zum anderen kommt." S.25

3.4 Desorientiertheit im Bezug zu anderen Personen

"Vertraute oder bekannte Personen werden nicht mehr erkannt" S. 25

3.5 Desorientiertheit zur eigenen Person

"Der Betroffene weiß nicht mehr, wer oder was er ist. Er hat zum Beispiel seinen Namen, seine Herkunft und / oder sein Geburtsdatum vergessen." S. 25

4. Aufmerksamkeit

"Konzentration der Wahrnehmung auf bestimmte Reize unserer Umwelt. Wichtig hierfür die die Selektion von

Informationen, die auf uns einwirken, sodass diese in unser Bewusstsein dringen können und schließlich

Denken und Handeln steuern. Hat ein Betroffener eine Aufmerksamkeitsstörung, so ist dieser Fluss gestört." S.25

5. Gedächtnis

5.1 Ultrakurzzeitgedächtnis / sensorisches Gedchtnis

"Speicherungs und Erinnerungsmöglichkeit 10 bis 30 Sekunden." S.26

5.2 Kurzzeitgedächtnis / Arbeitsgedächtnis

"Speicherung und Erinnerungsmöglichkeit ca. 20 Minuten" S. 26

5.3 Langzeitgedächtnis

"Gedächtnisinhalte sind auf Dauer gespeichert" S. 26

6. Denken (formal, inhaltlich)

"[…] Vorgänge, die in unserem Inneren ablaufen, wenn wir uns etwas vorstellen, uns erinnern, etwas anfassen, begreifen oder abwägen, beurteilen oder schlussfolgern, sprich Dinge, Erlebnisse oder Sinneseindrücke verarbeiten." S.26

6.1 Ziel eines Denkprozesses

"[…] Bewusstwerdung von Inhalten." S. 26

6.2 Arten von Denkstörungen

6.2.1 inhaltliche Denkstörung

"inhaltliche Ergebnis des Denkens [ist] gestört" S. 26

6.2.1.1 Zwangsgedanken

"Aufdrängen von nicht eigenen Gedanken, gegen die sich der Betroffene, obwohl er es will, nicht wehren kann.

Wird nicht nachgegeben, folgen daraus Unbehagen und Angst. Sie unterteilen sich in Zwangsgedanken bzw. Zwangsvorstellungen oder Zwangseinfälle, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen." S. 26

6.2.1.2 Überwertige Ideen

"Ideen oder Gedanken, die stark emotional (oftmals religiös oder politisch) besetzt sind und den Betroffenen in seinem gesamten Leben und vor allem in seinem Handeln beherrschen." S. 26

6.2.1.3 Wahn

"nicht zu korrigierende Falschbeurteilung der Realität. […] [jener] hat viele Erscheinungsformen […] und [kann]

[…] gerade bei schweren psychischen Erkrankungen vorkommen […]. Vom Prinzip her ist er eine unkorrigierbare Falschbeurteilung der Realität. Er tritt bei schizophrenen Psychosen, organischen Psychosen und auch wahnhaften Depressionen auf." S. 26

6.2.1.3.1 Beispiele von Symptomen des Wahns:

"Wahnstimmung - Die Welt erscheint dem Betroffenen bedrohlich verändert. <<Es liegt etwas in der Luft>>.

Wahnwarnehmung - In eine eigentlich reale Wahrnehmung wird eine abnorme Bedeutung hineininterpretiert.

(Zum Beipiel soll das Licht im Fenster der Nachbarn etwas bestimmtes mitteilen)

Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnidee - Ideen tauchen plötzlich - ohne Sinneswahrnehmung - auf.

(Zum Beispiel ist der Betroffene plötzlich der Überzeugung, die Welt retten zu müssen.) Wahnerinnerung - Ereignisse aus der Vergangenheit werden umgedeutet.

Wahnarbeit - Bei der Wahnarbeit wird ein gesamtes Wahnsystem aufgebaut, um Warninhalte zu erklären.

Wahnhafte Persönlichkeitsverkennung - Personen werden nicht mehr als die realen Personen erkannt, die sie sind. (Für den Betroffenen ist [zum Beispiel] seine Nachbarin eindeutig eine Außerirdische, die ihn töten will.)

Symbiotischer Wahn oder Folie á deux - Hierbei lässt sich eine nahe Bezugsperson eines Erkrankten in den Wahn mit hineinziehen. (Zum Beispiel ist so dann auch die Ehefrau des Betroffenen der festen Überzeugung, dass ihr Mann einer großen Verschwörung auf der Spur ist.)" S. 27

"Wahnthemen können unterschiedlichster Art sein. Der Beziehungswahn ist eines der häufisten Wahnthemen. Blicke von Vorbeigehenden, Anzeigen in Zeitungen, vermeintliche Lichtsignale von Nachbarn werden so zu Elementen des Wahninhaltes. Weitere Wahnthemen sind der Beeinträchtigungswahn, der Verfolgungswahn als dessen Steigerung, der Dematozenwahn (der Wahn, Hauterkrankungen seien eingedrungene Tiere), der hypochondrische Wahn, Schuld- oder Versündigungswahn, Größenwahn, Kleinheitswahn, Liebeswahn und Eifersuchtswahn." S. 27

Formale Denkstörungen

Gehemmtes Denken - Das Denken ist gebremst, unregelmäßig. Der Betroffene verspürt beim Denken einen Widerstand. Dies wird im Gegensatz zum verlangsamten Denken vom Betroffenen selbst als belastend empfunden.

Eingeengtes Denken (inhaltliche Perseveration) - Der Betroffene verhaftet an einem oder wenigen Themen, ist auf Denkinhalte fixiert.

Grübeln - Der Betroffene beschäftigt sich unablässig mit bestimmten Lebensthemen.

Gedankensperrungen, Gedankenabreißen - Der Gedankengang bricht plötzlich während eines Gesprächs grundlos ab.

Umständliches Denken - Der Betroffene trennt Unwesentliches nicht von Wesentlichen. Das Reden ist

weitschweifig, der Betroffene verliert sich in unwichtigen Einzelheiten.

Perservation - Der Betroffene haftet an Worten und Gedanken, die im späteren Gesprächsverlauf nicht mehr sinnvoll sind.

Verbigeration - Worte werden immer wiederholt.

Neologismen - Die Sprache besteht aus nicht unbedingt verständichen Wortneubildungen.

Gedankendrängen - Bestimmte Inhalte drängen sich unwillkürlich auf.

Ideenflucht - Der Gedankengang wird durch immer neue Inhalte abglenkt oder unterbrochen.

Zerfahrenes oder inkohärentes Denken - Inhalte werden zerissen, Sätze ohne verständlichen Sinn aneinandergesetzt.

Vorbeireden - Der Betroffene hört zwar eine Frage, die ihm gestellt wurde, gleitet aber mit seiner Antwort am Thema vorbei." S. 27, 28

7. Wahrnehmung

"[…] bedeutet, dass man sinnliche Gegebenheiten zur Kenntnis nimmt und kognitiv verarbeitet.

Man kann sich vorstellen, dass dieser Ablauf sehr leicht gestört werden kann - sei es auf der Ebene der Sinnesorgane, der Ebene der die Reiz-Information weiterleitenden Nerven oder auf jener des zentralen Nervensystems, das für die Verarbeitung zuständig ist.

Gleichzeitig kann es natürlich auch Störungen bei der Interprätation von Sinneswahrnehmungen geben.

Wie wir Sinnesreize wahrnehmen, kann sehr stark vo unserer körperlichen oder psychischen Verfassung, aber auch von Erfahrung, Erlerntem oder auch von unserem sozialen Umfeld abhängen." S. 28

7.1. modalitätsspezifische Wahrnehmungsstörungen

Die "die einzelne Sinne betreffen (taktil (tasten), kinästherisch (Wahrnehmung des Körpers und der Bewegung), visuell (sehen), auditiv (hören) oder vestibulär (Wahrnehmung des Körpers und der Bewegung)),

7.2. intermodale Wahrnehmungsstörungen

"[…] bei denen das zeitliche oder räumliche Nacheinander von Reizen nicht erkannt und gemerkt werden und somit nicht entsprechend reagiert werden kann." S. 28

7.3 Effekte von Wahrnehmungsstörungen

"Halluzinationen

Halluzinationen nahestehende Phänomene

Einfache Wahrnehmungsveränderungen" S. 28

8. Halluzinationen

"[…] Wahrnehmungen, denen kein Sinnesreiz von außen zugrunde liegt. Betroffene fühlen, hören, sehen, schmecken oder riechen Dinge, die in der Realität nicht vorhanden sind. Sie sind überzeugt, dass sie reale Reize wahrnehmen. " S. 28, 29

8.1 Akustische Halluzinationen

"Zischen oder Knallen […] sogenannte Akoasmen […] Stimmen, Worte, Sätze (sogenannte Phoneme). Bei letzteren können diese dialogisch sein (sprich, der Betroffene unterhält sich mit den Stimmen), sie können Handlungen kommentieren oder Befehle geben.

Diese Formen der Halluzination sind Merkmale für Schizophrenie, können aber auch bei organischen Psychosen oder bei der epileptischen Aura auftreten." S. 29

8.2 Olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen

"[…] stehen für die halluzinatorische Wahrnehmung von Geschmäckern oder Gerüchen. Sie können bei bestimmten Tumoren oder in der epileptischen Aura auftreten. Häufig begleiten sie Schizophrenien (z.B. als Vergiftungswahn) oder kommen bei depressiven Erkrankungen vor." S. 29

8.3 taktile Halluzinationen

"[…] das Gefühl, zum Beispiel gestochen oder gewürgt zu werden oder fühlen kleine Tiere, die über die Haut krabbeln (Dermatozoenwahn)." S. 29

8.4 Zönäthesien

"gleichen taktilen Halluzinationen, beschreiben aber Störungen der Leibesemfpindung. Der Betroffene spricht in solchen Fällen davon, sein Körper würde sich anfühlen <<als ob>> er zum Beispiel aus Stein sei, <<als ob>> ein Körperteil verfault sei, <<als ob>> seine Hände vergrößert seien ect." S. 29

8.5. Leibeshalluzinationen oder zönästhetische Halluzinationen

"den Charakter von etwas "von Außen" gemachten haben. Zum Beispiel fühlt sich der Betroffene als habe jemand sein Körper elektrisch aufgeladen oder sein Körperinneres durch Hypnose verändert." S. 29

9. Halluzinationen nahestehende Phänomene

"[…] ähneln den Halluzinationen, haben aber nicht deren als realistisch eingestuften Charakter." S. 29

9.1 Pseudohalluzinationen

"[…] Sinnestäuschungen, die bildhaft und eher subjektiv sind. Sie werden als nicht realistisch erkannt. Häufig kommen Pseudohalluzinationen in der Einschlaf- oder Aufwachphase, in Trancezuständen, in der Meditation, bei der Erschöpfung und starker Ermüdung, bei der Bewusstseinstrübung (Fieber oder Drogeneinfluss), Affektzuständen oder in der Rückbildungsphase einer Halluzination vor." S. 29

9.2 Illusionen oder illusionäre Verkennungen

"[…] deuten tatsächlich Vorhandenes um. Dies kann ganz banal in der Dunkelheit vorkommen (ein Baum wird für einen Menschen gehalten) oder bei Übermüdung bzw. emotionalen Anspannungen. Im krankhaften Bereich kommen sie oft bei Schizophrenie (hier eher akustisch) oder organischen Psychosen (hier eher optisch) vor." S.29

9.3 Paradolien

"[…] wird in wirklich Vorhandenes Nicht-Vorhandenes hineininterpretiert (Klassisch: Figuren in Wolken oder Worte in Geräuschen). Im Gegensatz zur illusionären Verkennung existieren hier realer und nicht-realer Sinneseindruck nebeneinander." S.29

4. Einfache Wahrnehmungsveränderungen

"[…] der Betroffene [erkennt] die Realität richtig, jedoch werden Qualität und Intensität verändert.

Häufig betreffen diese Störungen die visuellen Wahrnehmungen." S. 30

"Verschwommensehen oder Farbigsehen; Mikroskopie oder Makroskopie (Gegenstände erscheinen kleiner oder Größer als sie sind); Metamorphosie oder Dysmegalopsie (Gegenstände werden verzerrt oder verändert wahrgenommen); Intensitätsminderung oder -steigerung der Wahrnehmung. " S. 30

5. Ich-Emfpinden / Ich-Umwelt-Grenze / Ich-Störungen

"Bei den Ich-Empfinden und dessen Störungen geht es um die Definition der Ich-Umwelt-Grenze. Bei Störungen wird das ICH nicht mehr als solches empfunden, der Betroffene sieht sich nicht mehr als personell geschlossene Einheit, löst sich von innen heraus auf oder wird von außen in seinem Erleben und Handeln beeinflußt. " S. 30

5.1 Ich-Störungen

Ich-Störungen treten häufig bei Schizophrenie, aber auch bei Depressionen auf. Weitere Ursachen können zum Beispiel Intoxikation, extreme Erschöpfung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, Schizoaffektive Störung, epileptische Aura, Delir bei Demenz oder auch Alkoholdelir sein." S. 30

5.1.1 Typen von Ich-Störungen

5.1.1.1 Psychotische Ich-Störungen

"Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung […]

[Hier] werden die eigenen psychischen Vorgänge und Zustände als von außen beeinflusst empfunden. Gedanken werden eingegeben oder entzogen, der Willen wird beeinflusst, bzw. sind die Grenzen eingerissen, sodass die eigenen Gedanken sich ausbreiten - quasi verflüchtigen.

Meist verbindet sich bei dem Betroffenen die Ich-Störung mit einem Erklärungswahn, nämlich dass die

Verminderung der Abgrenzung durch Suggestion, Hypnose oder irgendwelche Gerätschaften verursacht werden." S. 30

5.1.1.2 Entfremdungserleben

"Depersonalisationserleben, Derealisationserleben […] ergibt sich aus einer rein emotionalen Wahrnehmung. " S. 30

5.1.1.2.1 Depersonalisierung

Die eigene Person wird als Fremd erlebt "oder die Umgebung um einen herum als nicht real.

Dieses Gefühl kommt von innen, wird nicht als von außen gemacht empfunden. […] fühlen sich Betroffene als nicht mehr sie selbst, sondern zum Beispiel <<wie ein Schatten>>, als sei er nicht mehr er selbst. Gefühle und Erlebnisse werden als flach oder unwirklich geschildert." S. 30, 31

5.1.1.2.2 Derealisation

" […] bezieht sich dieses Empfinden auf die Umgebung. Sie wird als irreal geschildert, als fremd, leblos. In dieser Umgebung fühlen sich Betroffene, wie <<wie unter einer Käseglocke>> oder <<wie in Watte>>. S. 31

6. Affektivität / Affekte = die jeweilige Stimmung in einem Moment

"[…] beschreibt die allgemeine Gefühls- und Gemütsleben sowie das psychische emotionale Erleben und Reagieren eines Menschen. Dazu gehören Emotionen, Affekte […], Stimmungen und Motivation.

6.1 Störungen der Affektivität

"

\> Affektverarmung, affektive Verfachung

\> Affektstarre

\> Insuffizienzgefühl / gesteigertes Selbstwertgefühl

\> Inadäquater Affekt oder Parathymie

\> Affektinkontinenz > Affektlabilität

\> Läppischer Affekt

\> Ambivalenz

\> Störung der Vitalgefühle > Dysphorie

\> Euphorie

\> Innere Unruhe / Gereiztheit" S. 31

6.1.1 Affektverarmung / Affektive Verflachung

"[…] mangel oder verlust von Gefühlsäußerungen. […] zeigt kaum oder keinerlei Interesse, zeigt keinerlei Einfühlungsvermögen, erscheint unbeteiligt. Er spricht selbst oft vom Gefühl der Gefühlslosigkeit, klagt über ein Abgestorbensein der Gefühle, alles sei Ihm egal, nichts könne ihn erschüttern.

Dieses Symptom kann man bei schizophrenen, affektiven und organischen Psychosen, aber auch Depressionen finden." S. 31

6.1.2 Affekstarre

"[…] zeigt der Betroffene zwar Affekte, verharrt in diesen jedoch völlig - egal wie die Situation oder der
Gesprächsgegenstand sind. Er kann aus diesem Affekt nicht ausgelenkt werden. […] kann bei organischen
Psychosen, Schizophrenie oder Depressionen vorkommen." S. 31

6.1.3 Insuffizienzgefühl

"[…] Gefühl der Wertlosigkeit. […] Der Betroffene empfindet sich als unfähig und nicht liebenswert." S. 31

6.1.4 gesteigertes Selbstwertgefühl

"Hier sieht sich der Betroffene als wertvoll, einzigartig, mit besonderen Fähigkeiten ausgestattet." S. 31

6.1.5 inadäquater Affekt / Parathymie

"[…] Erlebnisinhalt und geäußerter Affekt [stimmen] nicht überein. Klassisches Beispiel ist das Lachen trotz Trauer auf einer Beerdigung. Die Parathymie findet man bei der Schiziphrenie." S. 32

6.1.6 Affektlabilität

"[…] wechseln Affekte während eines Gespräches schnell und kurz. Eben noch traurig, kann der Betroffene im nächsten Moment unendlich fröhlich sein." S. 32

6.1.7 läppischer Affekt

"[…] nicht angemessen und unreif, ja albern. Er kichert zum Beispiel bei jeder Frage des Therapeuten wie ein Teenager." S. 32

6.1.8 Ambivalenz

"[…] positive und negative Gefühle, Stimmungen oder Motivationen nebeneinander […]. Dieses Störungsbild muss nicht zwingend krankhaft sein, kennt man aber ansonsten bei Depressionen, Zwangsstörungen oder Schizophrenien." S. 32

6.1.9 Störungen der Vitalgefühle

"kennt man bei Erkrankungen wie Depression oder Manie. Der Betroffene fühlt sich schwer, verspürt Druck
(typisch: Das <<Globusgefühl>>, also der <<Klos im Hals>>), Schmerz oder auch Leichtigkeit in der Manie." S. 32

6.1.9.1 lavierte Depression

"Im Falle einer Depression weitet [sich die Störung der Vitagefühle] in eine lavierte Depression aus, bei der nicht die depressive Stimmung, sondern die vegetativen Störungen im Vordergrund stehen, so dass die Depressionen oft nicht direkt erkannt wird." S. 32

6.1.10 Dysphorie

"Leiden Betroffene unter einer dauerhaften missmutigen Stimmung spricht man von einer Dysphorie.Selbst Positives wird grundsätzlich negativ gesehen." S. 32

6.1.11 Euphorie

"[…] wenn die Stimmung, das Wohlbefinden und die Zuversicht übersteigert bis hin zur Unangemessenheit gehoben sind." S. 32

6.1.12 innere Unruhe / Gereiztheit

[…] der Betroffene [fühlt sich] getrieben, angespannt und aufgewühlt. In Folge spricht man von Gereiztheit, wenn er aggessiv ist und zu affektiven Ausbrüchen neigt." S. 32

7. Antrieb und Psychomotorik

"[…] Grundaktivität unseres Seins […]. Dazu gehören zum Beispiel Initiative, Lebendigkeit, Tatkraft und Aufmerksamkeit. Der Antrieb äußert sich von außen betrachtet durch die Psychomotorik, die für die Aktivität unseres Bewegungs- und Handlungsablaufs steht." S. 32

7.1 Antriebsströrungen

"

>Antriebsarmut-/mangel - das komplette subjektive Fehlen des Antriebs

>Antriebshemmung - Gefühl des gebremst Seins, Unfähigkeit, zielgerichtete Handlungen durchzuführen

>Antriebsschwäche/-verarmung - die Verminderung eines zuvor vorhandenen Antriebs

>Antriebssteigerung - ein gesteigerter Drang mit einem deutlichen Ziel vor Augen (wird erst bei einer schweren Ausprägung chaotisch)" S. 33

7.2 Psychosomatische Störungen

"

> Hyperkinese - heftige, impulsartige Bewegungsunruhen (Zappelphillip-Phänomen)

> Motorische Unruhe / psychomotorische Erregung - zielloses Agieren

> Akinese / Hypokinese - Bewegungslosigkeit bzw. ein Mangel an Motorik

> Manirsmen - sonderbares Verhalten, gestelzte Sprache, Grimassieren oder bizarres Verhalten

> Stereotypen - immerwährendes Wiederholen der gleichen Bewegungsabläufe, Wörter oder Sätze

> Echopraxie / Echolalie - Nachahmen von Bewegungen oder Gesprochenem anderer

> Mutismus - Stummheit (kann generell aber auch selektiv sein)

> Stupor - Fehlen von jeglicher Bewegung bei klaren Bewusstsein, jedoch mit eingeschränkter Reizufnahme

> Negativismus - Sperre gegen Handlungen, zu denen man aufgefordert wird. Der Betroffene macht genau das Gegenteil.

> Katalepsie [Starrsucht] - [Zustand des Verharrens in einer starren Körperhaltung.] https://psylex.de/symptome/katalepsie.html > Haltungsstereotypen - Einhalten von Selbst unbequemen Körperpositionen, die man von außen nicht verändern kann." S. 33

8. Intelligenz

"[…] drückt die kognitive Leistungsfähigkeit aus. […] Gemessen werden im Allgemeinen: allgemeines Verständnis,

Sprachverständnis, Wortschatz, Allgemeinwissen, logisches Denken und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Ergebnis ist der sogenannte

Intelligenzquotient (IQ). […] Intelligenztests werden häufig kritisiert, vor allem wenn es um die einschäzung von Schülern im Bezug auf ihre

Schullaufbahn geht." S. 33, 34

9. Selbst- oder Fremdgefährdung

"[…] geht von Menschen aus, die aufgrund der psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. […] Gerade die Selbstgefährdung in Form drohender Suizidalität kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. […] Wichtig ist hier Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen - und im Notfall die Polizei zu rufen. So hart
es auch Klingt. Enn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen. […] Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall." S. 34

9.1 Selbstgefährdung

"Die Gefahr der Selbstgefährdung kann beispielsweise bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionellen Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatische Störungen können zu einer Selbstgefährdung führen, dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, sondern eher in eine psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik." S. 35

9.2 Fremdgefährdung

"[…] bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. […] kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch." S. 35

10. Freiheitsbeschränkende oder entziehende Maßnahme

Kann nach dem Unterbringungsgesetz (PsychKG) nur vollzogen werden wenn:

"

> eine psychische Krankheit festgestellt wurde,

> in Folge eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt,

> eine unmittelbare Gefahr für den Betroffenen und/oder Dritte bzw. deren Eigentum besteht,

> objektiv ein Zusammenhang zwischen (psychischer) Erkrankung und drohender Fremd- oder Eigengefährdung vorhanden ist,

> diese Gefahr nur durch die Unterbringung oder Behandlung in dieser Klinik abzuwenden ist,

> mit einer Besserung des Krankheitszustands in Folge der Behandlung in besagter Klinik gerechnet werden kann." S. 35

11. Das Erstgespräch und deren Funktion

"

> eine Anamnese zu erheben

> einen Befund zu erstellen

> gute Basis für eine vertrauensvolle Patienten-/Therapeuten-Beziehung herzustellen

> Zielvereinbarungen zu treffen." S. 38

11.1 Ablauf des Erstgespräches

11.1.1 Anamnese

"[…] Schilderung des Klienten der atuellen Beschwerden, der gesundheitlichen Vorgeschichte, der Lebensumstände, des familiären Umfelds (samt etwaigen Vorerkrankungen) und möglicher Ressourcen, auf die der Klient zurückgreifen kann - oder bereits tut. " S.37

11.1.2 Fremdanamnese

"[…] eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Klient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur

Krankengeschichte machen. [wenn der Patient selber nicht in der Lage oder ansprechbar ist.]" S. 37

"Die Anamnese leitet schließlich zum Befund über […], der den Ist-Zustand des Klienten samt seiner Symptome wiedergibt. Anamnese und Befund führen schließlich zur Diagnose." S.37

11.1.3 psychatrische Anamnese

"[…] soll dem Therapeuten ein umfassende Übersicht über die Geschichte des Klienten und sein Befinden geben. Sie ist für den Therapieerfolg von fundamentaler Wichtigkeit, da wir auf Basis der Anamnese in Kombination mit dem Befund die Diagnose erstellen, ein Therapieziel finden und eine Therapieform wählen können." S. 38

11.1.3.1 Struktur einer psychatrische Anamnese / Krankheitsamnese (subjektive Angaben) "

> Allgemeine soziodemografische Klientendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum ect.)

> Grund der Konsultation samt Vorgeschichte und etwaigen Auslösefaktoren sowie Entwicklung der aktuellen Symptome

> Psychische Vorerkrankungen oder -behandlungen

> körperliche Erkrankungen und/oder Beschwerden

> Drogen- und Medikamenten-Anamnese

> Familienanamnese (Erkrankungen, Eltern, Geschwister, Beziehungen etc.)

> Sozialanamnese (Familienstand, Freunde, soziales Netz, Ausbildung, Beruf, finanzielle Sicherheit, Hobbys etc.)" S. 38

11.1.4 Wichtig und zu beachten bei Erfassung von Krankheitsamnese

"[…] Vorerkrankungen zu berücksichtigen, aber vorallem auch Beginn, Verlauf und Grad der aktuellen Beschwerden zu erfassen. Gleichzeitig müssen kritische Lebensereignisse berücksichtigt werden. Dies ist unabdingbar und relevant für die Diagnose. Für manche Erkrankungen, die in Phasen verlaufen können (z.B. Depression), ist es ggf. emfpehlenswert, einen Phasenkalender mit Phasenlänge, -abständen und -stärken zu erstellen. […] Achten sie bei der Familien- und Sozialanamnese auf Schlüssel- oder Schwellenereignisse. Oftmals fällt ein Krankheitsbeginn mit einem solchen zusammen. Ansonsten sollten Sie die Beziehungsstrukturen des Klienten beachten. Hier ist es manchmal hilfreich, diese grafisch aufzubereiten. Eine solche Methode hilft auch bei möglicherweise unstrukturierten Berichten von Klienten. Notieren Sie sich auch die Namen der genannten Personen. Diese werden im folgenden Therapieverlauf möglicherweise immer wieder auftauchen - und es ist manchmal unangenehm, an diesen Stellen nachfragen zu müssen, wer denn die erwähnte Person sei, wenn diese vom Klienten

zuvor schon einmal ausführlich beschrieben wurde. […] Natürlich sollten hier auch Beziehungsathmosphären, Konflikte und Rollen der einzelnen Personen erfasst werden." S. 38, 39

"Behalten Sie immer im Hinterkopf, dass die Anamnese nicht nur am Anfang für Sie wichtig ist, sondern auch im Verlauf der Therapie immer wieder zur Hand genommen werden kann und sollte, um sich bestimmte Strukturen wieder zu vergegenwärtigen." S. 39

12. Befund

Auflistung "welche Symptome bei dem Klienten psychisch und (im eingeschränktem Maß) körperlich vorliegen." S. 39

Bezug "auf den konkreten Untersuchungszeitpunkt und basiert auf der objektiven Betrachtung des Therapeuten (dadurch grenzt er sich von dem subjektiven Bericht der Anamnese ab)." S. 39

12.1. Unterscheidungskriterien für einen Befund

> qualitative Aussagen (Bewusstsein, Orientierung ect.) > quantitative Aussagen (Testwerte)

12.1.1 qualitative Aussagen

"

> Äußere Erscheinung / Sprache / Verhalten

> Bewusstseinsstörungen

> Orientierungsstörungen (Zeit, Ort, Situation, Person)

> Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

> Formale und/oder inhaltliche Denkstörungen

> Zwänge

> Wahn

> Wahrnehmungsstörungen

> Ich-Störungen

> Störungen der Affektivität

> Antriebsstörungen und psychosomatische Störungen

> Zirkadiane Besonderheiten (Schwankungen durch exogene [Tag-Nacht-Wechsel] oder endogene [Hormone] Einflüsse) > Suizidalität/Fremdgefährdung

> Andere Störungen

> ggf. ergänzbar: Gegenübertragung" S. 40

12.2 Symtome und deren Zusammenhänge untereinander / Symptome und Syndrome

"Bitte beachten Sie auf jeden Fall, dass kein Symptom für sich allein steht. Sie müssen für eine spätere Diagnose immer den Gesamtzusammenhang betrachten! Das ist besonders wichtig, da manche Symptome für sich alleine auch bei gesunden Menschen auftreten können."

S. 40

13. Testverfahren

"Zur Erhebung eines Befundes bei Erkrankungen bieten sich psychologische quantitative Testverfahren an, dies besonders, um einen bestimmten Verdacht zu objektivieren oder den Schweregrad detaillierter abzuschätzen." S. 40

13.1 Störungübergreifende Verfahren zur Abbildung von Syndromen, Beschwerden, oder Befindlichkeiten "

>Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

https://www.testzentrale.de/shop/catalogsearch/result/?q=SCL-90-R&search-submit= https://www.medizin-im-text.de/blog/2010/6710/scl-90-

symptomcheckliste-bei-psychischen-stoerungen/ http://accesscm.org/wp-content/uploads/2013/03/SCL-90.pdf

>Befindlichkeitsskala (BF-S) http://newtests.zpid.de/?p=404

>Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R)" S. 40

http://www.jochen-fahrenberg.de/ForschungsgruppePsychophysiologie/FBL-R_Testbeschreibung.html

13.2 Störungsgruppenbezogene Verfahren, um bestimmte Syndrome nicht direkt zu diagnostizieren, aber zu quantifizieren

"

>Hamilton-Depressionsskala (HAMD)

https://www.researchgate.net/profile/Andreas_Schmitt3/publication/281452378_German_version_of_the_GRID_Hamilton_Rating_Scale_for_Depression_GRID-HAMD/links/55e8710a08aeb65162630a63/German-version-of-the-GRID-Hamilton-Rating-Scale-for-Depression-GRIDHAMD.pdf

>CAGE-Fragebogen

http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/CAGE.pdf

http://www.ama.lu/docs/Cage_Test.pdf >Beck-Depressions-Inventar (BDI)" S. 41

https://www.psychiatriepraxis-jakobeit.de/app/download/5785884016/BDI+Test++mit+unserem+Emblem.pdf https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1661-4747.a000033?journalCode=ppp

13.3 Testpsychologische Diagnostik, bei der die Reaktion von Patienten auf "Reizmaterial" überprüft wird "Sie helfen bei der Analyse bestimmter Leistungsaspekte." S. 41 "

>Hamburg-Welcher-Intelligenztest (HAWIE)

https://www.uni-due.de/~h100136/PP/WS/Hamburg__Wechsler_Intelligenztest_Erwachsene.ppt

https://www.researchgate.net/profile/Markus_Dresel/publication/277857687_Der_Hamburg-Wechsler-Intelligenztest_fur_Kinder_-_Dritte_Auflage_1999_HAWIK-III/links/55f5627808ae6a34f6612c02/Der-Hamburg-Wechsler-Intelligenztest-fuer-Kinder-Dritte-Auflage-1999-HAWIKIII.pdf?origin=publication_detail

>d2-Aufmerksamkeitsbelastungs-Test

https://www.researchgate.net/publication/315892179_Aufmerksamkeits-Belastungs-Test_d2_-_Computerversion_-_d2-C_Handbuchartikel

http://kognition.at/images/6/65/Test_d2.pdf

Vorteile dieser Verfahren sind, dass diese Tests auf umfangreichem Material aufbauen, wissenschaftlich fundiert, standardisierter und objektiver sind als Interviews. Sie sollen sie allerdings nicht ersetzen." S. 41

14. Bildgebende Verfahren

"[…] zu Beginn einer Therapie [müssen] mögliche körperliche Ursachen von Symptomen ausgeschlossen werden. […] [Die bildgebenden Verfahren] ermöglichen es, neuronale Prozesse oder Störungen im menschlichen Gehirn zu visualisieren. Dies ist wichtig, um bestimmte organische Hirnerkrankungen, wie

Creutzfeldt-Jakob, Tumore oder Enzephaltiden zu diagnostizieren - oder auszuschließen." S. 41

14.1 EEG - Elektroenzephalografie:

Messung "elektrische[r] Aktivitäten des Gehirns durch Elektroden am Kopf. […] wird […] bei der Diagnostik von Epilepsien, organischer Hirnerkrankungen und bei der Überprüfung der Wirkung bestimmter Psychopharmaka genutzt." S. 41

14.2 Röntgen

"[…] dient […] nur zur groben Einschätzung einer etwaigen Schädigung." S. 41

14.3 CT - Computertomographie [Schnittbilder durch Röntgenstrahlung]

"[…] das Gehirn [wird] nach Tumoren, vergangenen Herzinfarkten, Abzessen, Blutungen, Atrophien, Fehlbildungen oder Knochenanomalien abgesucht." S.42

14.4 MRT - (funktionelle) Magnettresonanztomografie [dreidimensionale Darstellung in hoher Auflösung]

"Daher können im MRT sonst schwer erkennbare entzündliche Erkrankungen, zerebrovaskuläre Läsionen (Verletzungen der Blutbahnen im Gehirn) und demyelinisierende (Schädigung des Zentralnervensystems) Prozesse und vor allem Neurilnome (gutartige Nervenphasertumore) oder kleine Matastasen entdeckt werden." S. 42

14.4.1 fMRT

"können sogar Aktivitäten im Gehirn dargestellt werden, zum Beispiel, welcher Reiz auf welchen Teil des Gehirn wirkt." S. 42

14.5 PET - Positronen-Emissions-Tomographie

"Per PET wird die Verteilung eine markierten schwach radioaktiven Substanz im Körper sichtbar gemacht. So werden physiologische und biochemische

Prozesse visualisiert." S. 42

14.6 SPECT - Single-Photon-Emmisions-Computertomografie

"sind die Halbwertszeiten länger als beim PET […] Das Ergebnis ist jedoch ähnlich." S. 42

14.7 MEG - Magnetoenzephalographie

"Per äußerer Sensoren wird die magnetische Aktivität des Gehirns zum Beispiel beim Wahrnehmen von Reizen, Denken oder Lernen gemessen." S. 42

15. Labordiagnostik

"Relevant für das psychische Befinden eines Patienten können viele Blutwerte, wie der Blutzucker, Schilddrüsenwerte ect. Sein. Gleichzeitig kann die Einnahme von Psychopharmaka zu körperlichen Veränderungen und somit auch der Blutwerte führen. Daher sollte im Zweifel der Ursache von Beschwerden, die körperliche Ursachen haben könnten und die nicht entsprechend abgeklärt wurden, immer der Gang zum Hausartzt empfohlen werden. Auch im Vorfeld ist es natürlich interessant zu wissen, ob der Patient in irgeneinem Bereich auffällige Werte hat. Und: Natürlich kann auch ggf. ein Drogenscreening notwendig sein." S. 42

16. Diagnose

"Sind Anamnese und Befund abgeschlossen, kann in Abwägung aller Faktoren eine Diagnose erstellt werden. Diese sollte dann, bei Behandlungen in Deutschland, zur besseren allgemeinen Verständigung mit Ihrer Bezeichnung aus dem ICD-10 klassifiziert werden." S. 42

16.1 Differenzialdiagnose

"Besteht die Vermutung mehrerer Diagnosen, werden alle Erkankungen, bei denen die gleichen oder ähnliche Symptome auftreten, per Differentialdiagnose

darauf geprüft, welche am wenigsten wahrscheinliche Ursache sein könnte." S. 43

16.2 Ausschlussdiagnose

"Diese möglichen Ursachen werden dann per Ausschlussdiagnose nacheinander ausgeschlossen, bis im Idealfall nur noch eine Möglichkeit übrig bleibt." S.43

16.3 Verdachtdiagnose

"Erhält man […] kein sicheres Ergebnis, so wählt der Therapeut die für sich Wahrscheinlichste aus uns setzt sie unter den Begriff Verdachtdiagnose. Die Behandlung dieser Verdachtdiagnose sollte ein möglichst geringes Risiko beinhalten, dass der Klient Schaden von ihr nimmt, falls die Verdachtsdiagnose nicht zutrifft. Falls sich eine Verdachtsdiagnose im Verlauf der Behandlung als nicht zutreffend herausstellt, beginnt der Therapeut gegebenenfalls mit einer anderen Herangehensweise von vorn." S. 43

17. Therapiemotivation

"Oftmals [haben] im Vorfeld Eltern, Verwandte, Freunde oder Kollegen den Patienten gedrängt, einen Therapeuten zu besuchen. Oder es ist dem Patienten selbst nicht wirklich klar, dass er bei der Therapie mitarbeiten muss, der Therapeut kein Magier ist, der ihn mit einem Fingerschnips wieder "normal" macht. […] Manchmal besteht auch keine Lust, sich mit schwierigen Themen auseinanderzusetzen. […] [Wichtig] ist, eine gute Verbindung und ein stabies Vertrauensverhältnis mit dem Klienten aufzubauen, sodass er sich öffnen kann und merkt, dass sich tatsächlich etwas bei Ihm bewegt, wenn er sich nur traut. Und: Wichtig ist auch, immer wieder eine Zieldefinition zu erstellen, um die Therapie nicht ins Belanglose auslaufen zu lassen." S. 43

17.1 Therapie bedeutet …

"[…] sich einzulassen, etwas zu riskieren, Probleme in Angriff zu nehmen, sich anzustrengen und auch mal Frustration zu erleben." S. 43

17.2 Therapieziel

"[…] die Tatsache, dass der Patient - mit Unterstützung des Therapeuten - ein Ziel definiert, ist ein wichtiger, vielleicht erster Schritt zum bewussten Umgang mit seinem Problem, einer ersten Selbstreflektion und einer wahren Therapiemotivation getan, was elementar für einen Therapieerfolg ist. […] Dementsprechend ist es auch sinnvoll, das Therapieziel schriftich (zum Beispiel im Behandlungsvertrag) zu fixieren. Selbstverständlich sollten Therapeut und Patient immer wieder den Therapieerfolg überprüfen und bei fehlendem Erfolg die Methoden neu anpassen oder die Zielformulierung überprüfen." S. 44

18. Ressourcenfindung

"Es ist nützlich schon früh zu schauen, welche Fähigkeiten, Erfahrungen, Talente aber auch Unterstützung von außen ein Patient mit in die Therapie bringt. Diese können als Kraftquellen genutzt werden und so den Therapieerfolg unterstützen. Daher sollten Ressourcen möglichst frühzeitig hervorgehoben und gefestigt werden." S. 44

19. Psychatrische Notfälle / Verhaltensregeln

"Sie treten […] am häufigsten in Folge von Belastungsreaktionen, Drogen- und Alkoholproblemen, Schizophrenien, affektiven Störungen und organischen Psychosen auf." S. 68

"Bleiben Sie ruhig und geduldig! [;] Schaffen Sie einen geschützen Raum [;] klären Sie ab, wie sich beim Betroffenen Bewusstsein, Motorik, Krankheitseinsicht, produktive Symptome, Suizidalität und Fremdgefährdung

gestalten [ausdrücken] [;] […] Üben Sie dem Betroffenen gegenüber uneingeschränkte Akzeptanz. […] Erklären Sie ihr Vorgehen selbst desorientierten, verwirrten oder psychotischen Betroffenen. Bleiben Sie offen und ehrlich. […] Arbeiten Sie mit <<talk down>> (Beruhigung einer Person durch besänftigende Worte)." S. 80

19.1 Eigen- und Fremdgefährdung

"[…] geht von Menschen aus, die aufgrund einer psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Diese können im Notfall gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses vorübergehend eingewiesen werden." S. 68

19.1.1 Selbstgefährdung / drohende Suizidalität

"[…] kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. […] Wichtig ist hier, Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen - und im Notfall die Polizei zu rufen. […] Denn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen. Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall! Fragen Sie bei Unsicherheiten gerne auch beim psychosozialen Dienst Ihres Gesundheitsamtes nach oder bei der nächstgelegenen psychatrischen Klinik." S. 68

19.1.2 Gefahr der Selbstgefährdung

" […] kann beipsielsweise bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionellen Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatische Störungen können zu einer Eigengefährdung führen. Dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychatrischen Klinik, sondern eher in eine

psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik." S.68

"Betreungsrechtlich bedeutet eine mögliche Selbstgefährdung zum Beispiel schwerste Verwahrlosung, Nichtbehandlung schwerster körperlicher Leiden oder die Gefahr des Verhungerns oder Erfrierens aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dies kommt gelegentlich bei chronischen Psychosen, Demenzen oder schweren Suchterkrankungen in Betracht." S. 69

19.2 Fremdgefährdung

"[…] bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. Das kann in Form eines Angriffs sein, wenn der Erkrankte sich unkontrolliert im Straßenverkehr bewegt oder wenn er öffentliche <<Rechtsgüter>> attakiert. […] kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen
Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch." S. 69

19.3 Suizidalität

"[…] Gesamtmenge der Energien eines Menschen […], die zu einer Selbstvernichtung führen soll […] Ausdruck einer Einengung durch Belastungssituationen (objektiv oder subjektiv empfunden) […] Störungen des Erlebens und Empfindens, […] körperlich oder psychisch begründet […]." S. 70

"Gefährdet sind arbeitslose, sozial isolierte, chronisch Kranke und existentiell bedrohte Menschen, außerdem Suchtkranke." S. 70

"Hauptmethode ist die Vergiftung, es folgen Schnitt- und Stichverletzungen, schließlich absichtlich herbeigeführte Verkehrsunfälle, Erhängen und Hinunterstürzen." S. 70

19.3.1 Parasuizidale Handlung

"Wenn eine suizidale Handlung nicht zum Tod führt, jedoch durch sie eine grundlegende Veränderung im Leben angestrebt wird […]" S. 71

19.3.2 Sonderformen des Suizides

"Bilanzsuizid […] Gemeinsamer Suizid […] Erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid) […] Protrahierter Suizid [=] Selbstschädigendes Verhalten zum Beispiel durch eine Suchterkrankung oder eine Essstörung. […] Kindersuizid [=] selten und lässt sich oft nicht von Unfällen abgrenzen. […] Altersuizid […] Suizid als politisches Mittel." S. 71

19.3.3 Aspekte eines Suizides

"[…] Autoagression, appelative Gründe (Hilfeschrei), Fremdaggression (Rache, Vorwürfe) oder Fluchtmotive (heraus aus einer Situation kommen zu wollen)." S. 71

19.3.4 Ausdrucksformen eines Suizides

"Sprechen Sie bei einem Verdacht den Betroffenen auf jeden Fall offen und direkt auf seine Suizidgedanken an; thematisieren Sie auch ruhig die Suizidart (inklusive aller Problemarten drumherum). […] Suchen sie gemeinsam mit ihm nach Ressourcen und Möglichkeiten, aus der bestehenden Situation heraus zu kommen und bringen Sie sich auch ruhig selbst mit Ihren Gefühlen sein. Legen Sie nächste Schritte fest, schließen Sie eine Art Vertrag mit dem Betroffenen. […] Beachten Sie, dass Suizid für den, der ihn begeht, nicht strafbar ist, sie sich aber unterlassener Hilfeleistung schuldig machen, wenn Sie nichts unternehmen." S. 72

19.4 Akute Angst- und Erregungszustände

"[…] können unterschiedlichste Ursachen haben […] zeichnen sich durch Unruhe [,] Agitiertheit (gesteigerte, ziellose motorische Aktivität) [,] vegetative Symptome (Zittern, Tachykardie [Herzrasen], Dysponoe [Atemnot] oder Schweißausbrüche) [,] Agressivität aus." S. 73

19.5 Akute Psychose

"[…] ähnelt einer schizophrenen Psychose mit optischen oder akustischen Halluzinationen [,] Wahn [,] zerfahrenem Gedankengang […] Die akute Psychose […] beginnt abrupt, verläuft innerhalb weniger Tage und bildet sich auch wieder schnell zurück. […] körperlicher oder psychischer Art […] auch aus einer akuten Belastungssituation [heraus] […] Eine Vorstellung bei einem Psychiater ist auf jeden Fall notwendig." S. 74

19.6 Delirante Syndrome und deren Ursachen

"[…] [Bei] Alkohol- oder Medikamentenentzugsdelir, […] Nieren-, Leber-, oder Herzinsuffizienz, Enzephaltiden (Entzündungen einzelner Bereiche des Gehirns), eine Sepsis ("Blutvergiftung"). […] Beginn ist akut und die Dauer maximal bis sechs Monate. […] schwerwiegender Notfall […] sofort den Notarzt anrufen […] ein Delir verlangt eine stationäre Aufnahme." S. 76

19.7 Katatone Syndrome und deren Urachen

"[…] Auslenkung der Willkürmotorik […] von der motorischen Hemmung, dem Stupor, der wächsernen Biegsamkeit, der Katalepsie, […] Grimassieren […] Parkinesien, den Stereotypen, dem Raptus bis hin zum Mutismus, Echolalie oder Verbigeration. […] Ursachen ergeben sich aus einer Vielfalt von psychischen Erkrankungen. Zum Beispiel: Schizophrenie, […] Depression […] organischen Psychosyndromen […] dissoziativen Störung […] Ein katatones Syndrom

bedarf einer sofortigen stationären Aufnahme ein einer psychiatrischen Klinik." S. 78

19.8 Maligne neuroleptische Syndrom

"[…] lebensbedrohlich. Es tritt wenn, dann zumeist vier Wochen nach Therapiebeginn bzw. Umstellung auf. […] In diesem Fall wird ausnahmsweise bei einem Verdachtsfall das Neuroleptika sofort abgesetzt und der Patient eingewiesen." S. 79

20. Therapeutische Maßnahmen zur Heilung der Seele

"Das genau passende Verfahren auszuwählen richtet such nach der Erkrankung, nach dem Patienten und nach der persönlichen Ausrichtung. […]

Nicht jede therapeutische Richtung kann jede Erkrankung optimal behandeln, nicht jeder Patient nimmt jede Art der Therapie an. Wählen Sie daher genau. […] therapeutische Maßnahmen [können] auch multimodular angewandt werden […] [z.B.] Gesprächspsychotherapie gemeisam mit Entspannungsverfahren oder einer Hypnotherapie. […] Verhaltenstherapie kombiniert mit Psychopharmaka. […] Es hängt immer von dem individuellen Fall ab. Grob unterteilt man:

Psychotherapeutische Verfahren [;] Soziotherapie [;] Psychoedukation [;] Psychopharmakatherapie [;] Nicht-pharmakologische biologische Verfahren." S. 82

20.1 Psychotherapie

"[…] Diagnose und Behandlung [;] in einer speziellen Form der menschlichen Beziehung [;] von psychisch begründbaren Erkrankungen, Verhaltenstörungen oder Leiden [;] mit psychologischen Verfahren [;] auf wissenschaftlicher Grundlage [;] ohne Medikation [;] mit dem Ziel für den/die Betroffene eine

gewünschte Veränderung zu erzielen, Leiden zu vermindern und/oder zu heilen." S. 83

Definition: Diagnose und Behandlung in einer speziellen Form der menschlichen Beziehung von psychisch begründbaren Erkrankungen, Vehaltensstörungen oder Leiden

mit psychologischen Verfahren auf wissenschaftlicher Grundlage ohne Medikation mit dem Ziel für den/die Betroffene eine gewünschte Veränderung zu erzielen, Leiden zu vermindern und/oder zu heilen. Vgl. S.83

20.2 Erfolgsfaktoren für eine Psychotherapie

"[…] ein stimmiges Therapeuten-Klienten-Verhältnis. Es muss vertrauensvoll sein, der Therapeut muss die nötigen Fachkenntnisse haben und sich durch Empathie und Echtheit auszeichnen. Nur so kann sich der Patient wirklich öffnen. Natürlich sollte jeder Therapeut seine Grenzen kennen - und auch die Grenzen seiner Therapiemethode.

[…] es gibt nicht die generell passende Methode, sie muss dem Fall entsprechend zielführend angewandt werden können. […] Mit der Zeit haben sich verschiedenste Phsychotherapie-Schulen entwickelt." S. 83

20.3 Psychotherapiearten / Hauptgruppen "

20.3.1 kognitive-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie) [Krankenkassenzahlung]

20.3.2 tiefenpsychologische Therapien (zum Beispiel die Psychoanalyse) [Krankenkassenzahlung]

20.3.3 humanistische Therapien

20.3.3.1 klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers [Krankenkassenzahlung]

20.3.3.2 Gestalttherapie

20.3.4 systemische und interpersonelle Therapien (zum Beispiel die Paar- und Familientherapie)

20.3.5 spezielle Therapien (zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Hypnosetherapie)" S. 84

20.3.1 kognitive-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie) // nach Skinner und Kanfer

"[…] begann ihre Entwicklung […] mit der empirischen Untersuchung von Lernprozessen - und daraus Steuerung von Verhalten. […] intrapsychische[..] Prozesse[…] und therapeutische[…] Möglichkeiten, psychische Erkrankung zu behandeln [finden sich im] [Kognitivismus] [wieder]." S. 84

"Nun wurden Kognitionen als Instanzen gesehen, um emotionale, physiologische, motorische und motivationale Prozesse zu kontrollieren und zu steuern. Außerdem wurden

zusätzlich gesellschaftliche Bedingungen für Verhalten mit einbezogen (sozialpsychologische Wende)." S. 85

"Anwendung findet die Verhaltenstherapie heutzutage als dynamischer Prozess des Lernens und des Lösens von Problemen bei Angststörungen oder Zwangsstörungen, aber auch posttraumatischen Belastungsstörung, bei Depressionen oder der Insomnie." S. 85

20.3.1.1 Verhaltensforschung

"[…] beschäftigt sich NICHT mit dem Inneren des Menschen, sondern mit seiner sozialen Umgebung und seiner Interaktion mit Ihr. Therapeutisch geht es hier um die Ausbildung der Selbstregulation bei psychischen Problemen." S.84

20.3.1.1.1 Modell 1: Klassische Konditionierung nach Petotisch Pawlow

http://www.lern-psychologie.de/behavior/pawlow.htm

http://www.allpsych.uni-giessen.de/knut/Kognitive_Psychologie%3BLernen/Lernen1_KK1.pdf

20.3.1.1.2 Modell 2: Operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Edward Thorndike / Burrhus F. Skinner

"[…] erweiterten die klassische Konditionierung um das Element "Konsequenz". Verhalten wird belohnt oder bestraft. Sie stellten fest, dass Verhalten, das bestraft wird, mit der Zeit abnimmt, jenes das belohnt wird nimmt zu. Eine sehr wirksame Zwischenform ist die der intermittierenden Verstärkung, die nicht regelmäßig stattfindet, sondern nur punktuell. Diese ist nicht besonders nachhaltig." S. 84

20.3.1.2 Arten von Verstärkern "

>positive Verstärkung - Belohnung

>nagative Verstärkung - Wegfall einer negativen Konsequenz

>indirekte Betstrafung - Wegfall einer positiven Konzequenz

>direkte Bestrafung - Bestrafung

>Löschung (Time-out) - keine (positiven) Verstärker für eine bestimmte Zeit" S. 84

20.3.1.3 Therapieverlauf / Sieben-Phasen-Modell nach Kanfer

Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen

- Rollenstrukturierung
- Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung
- Beginn der problembezogenen Informationssammlung
- Gestaltung der „äußeren Therapiesituation"

2. Aufbau von „Änderungsmotivation" und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

• Nutzung von „inhärenten" Motivationsbedingungen des Selbstmanagement-Konzepts

• Reduktion von Demoralisierung und Resignation

• Einsatz spezieller Motivationsstrategien

• Erste Ansätze einer „Ziel-Wert-Klärung"

• (Vorläufige) sachliche und motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen

3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

• situative Verhaltensanalyse (von Makro- zu Mikroebene)

• kontextuelle Verhaltensanalyse (von Mikro- zu Makroebene)

• Erstellunge eines (vorläufigen) funktionalen Bedingungsmodells

4. Vereinbaren therapeutischer Ziele

• Klärung von Therapiezielen

• Gemeinsame Zielanalyse

• Konsens über therapeutische Zielperspektiven

5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

• Planung spezieller Maßnahmen (auf Basis der Informationen aus den Phasen 1-4)

• Entscheidung über spezielle Intervention

• Durchführung der Maßnahmen

6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

• Kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik

• Prä-/ Post-Evaluation

• „Zielabhängige" Evaluation des Einzelfalls

7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Therapieabschluß

• Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte

• Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten bzw. Bearbeiten neuer therapeutischer Ziele

• Erlernen von Selbstmanagement als Prozeß

• Beendigung/ Ausblenden der Kontakte

• Abschluß-Feedback

• Vorbereitung von „Follow-up" bzw. von Katamnesen

https://www.karteikarte.com/card/1996632/7-phasenmodell-therapeutischer-veraenderung-nach-kanfer

S. 6 http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/Selbstmanagement-TherapieSTUDIENBRIEF.pd

S. 85, 86 in Skript

20.4 Verfahren und Techniken

"Die Therapieverfahren richten sich nach den Therapieinhalten und -zielen. […] Reizkonfrontation [;] Operante Methoden [;] Modell-Lernen [;] Aufbau von Kompetenzen [;] Kognitive Verfahren [;] Selbstkontrollverfahren, Selbstmanagement (selbstständiges aktives Verändern problematischen

Verhaltens über Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und/oder Selbstverstärkung)" S. 86, 87

20.5 Forschungsergebnis einer Anzahl von irrationale Denkmuster (Denkfehler) nach Aaron T. Beck

20.5.1 Übergeneralisierung

"Auf Basis eines einzigen Vorfalles wird eine allgemeine Regel für verschiedene andere Situationen aufgestellt." S. 87

20.5.2 Dichotomes Denken

"(Alles oder Nichts): Leistungen oder Situationen werden nur polarisiert wahrgenommen. Abstufungen fehlen." S.87

20.5.3 Personalisierung

"Ereignisse werden ohne Begründung auf sich selbst bezogen." S. 87

20.5.4 Katstrophisierendes Denken

"Die Zukunft wird als bedrohlich und negativ emfpunden, Katastrophen werden prophezeit." S. 87

20.5.5 Selektive Abstraktion

"Ein einzelner negativer Aspekt wird aus einem Geschehen gezogen und übertönt, positive Seiten werden nicht berücksichtigt." S. 87

20.5.6 Emotionale Beweisführung

"Ein Gefühl wird als Beweis für einen Gedanken genommen. Rationale Argumente werden außen vor gelassen." S. 87 20.5.7 Maximieren und Minimierung

"Negatives wird übertrieben, Positives untertrieben." S. 87

20.5.8 Gedankenlesen

"Man vermeint, die Gedanken der Anderen […] zu kennen. [ohne bei der jeweiligen Person nachzufragen]" S.87

20.5.9 Imperative Sätze

"Der Betroffene geht von bestimmen Ordnungen, Normen, Maßstäben aus (man müsste, sollte)" S. 87

20.3.2 tiefenpsychologische Therapien (zum Beispiel die Psychoanalyse) // Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Verfahren nach Freud & Breuer

"Idee hinter der Psychoanalyse ist die Untersuchung des menschlichen Denkens, Erlebens und Verhaltens und der Untersuchung des Inneren und der Vergangenheit als

Ursprung möglicher Störungen dieser <<Oberfläche>>. […] Die menschliche Persönlichkeit befindet sich laut der Psychoanalyse ein Leben lang in einem stetigen

Entwicklungsfluss. Der Grundstein wird jedoch in Kindheit und früher Jugend gelegt. Störungen und Verletzungen in diesen Lebensphasen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das weitere psychische (Er-)Leben." S.88

Innovatoren und Innovationen der Psychoanalyse

"

>Individualpsychologie […] Alfred Adler […] sucht […] nach […] Zweck von Symptomen und dem Behandeln von Mängelzuständen im sogenannten <<Lebensstil>> als Auseinndersetzung mit der Gesellschaft.

>Ich-Psychologie […] Anna Freud […] Psychoanalyse [wird] um neue Aspekte der Ich-Entwicklung ergänzt.

>analytischen Psychologie […] Carl Gustav Jung […] die Auseinandersetzung des Individuums mit seinem eigenen Lebensweg.

>Existenzanalyse […] Logotherapie […] Viktor Frankl […] stark anthropologisch-philosophisch ausgerichtet und bezieht die Frage nach dem Sinn des Lebens mit ein.

>Konzept der allgemeinen Neurosenlehre […] Harald Schulz-Henke, Erich Fromm, H.S. Sullivan und Karen Horney […] Hier stehen Charakter und eine vitale

Antriebshemmung durch Gesellschaft und Umwelt im Vordergrund, die zu einer neurotischen Entwicklung führen können. In der Therapie werden hier Neuanpassung an die gesellschaftliche Realität, Freiheit und Autonomie angestrebt." S. 91

"

>Gruppenanalyse […] Joseph H. Pratt […] spezielles Therapieverfahren [https://www.psyonline.at/lexikon/gruppenanalyse]

>psychoanalytische Objektbeziehungstheorie […] Melanie Kleins […] Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion und das Thema Bezugsperson […] Begriffe Übertragung und Gegenübertragung [stehen] im Mittelpunkt.

>Bindungstheorie […] John Bowlby […] der Mensch [hat] das Bedürfnis […], intensive und enge Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen und Gründe für Veränderungen von Beziehungen im Laufe des Lebens sucht.

>psychoanalytische Selbstpsychologie […] Heinz Kohut […] [Beschäftigt] sich mit der Organisation und Aufrechterhaltung des Selbst […] in Beziehung auf Objekte der Umwelt." S. 91, 92

20.3.2.1 Abwehrmechanismen nach Psychoanalyse

20.3.2.1.1 Verdrängung

"schützt […] vor bedrohlichen Einflüssen und inneren Wünschen. […] löscht Errinnerungen nicht aus […], erschwert nur das bewusste Erinnern an ein Geschehen. Sind bestimmte […] Impulse, die zum Beispiel Schuld oder Scham erzeugen, unwerwünscht, so werden diese […] ins Unbewusste verdrängt. Sie können jedoch wieder durch Träumen oder als unbewusste Ersatzhandlungen erneut an die Oberfläche kommen." S. 90

20.3.2.1.2 Reaktionsbildung

"Gefühle werden durch entgegengesetzte Gefühle unterdrückt (zum Beispiel Wandlung in Hass, wenn Liebe nicht stattfinden darf). Dieser Vorgang läuft unbewusst ab." S.90

20.3.2.1.3 Regression

"Der Betroffene zieht sich (zum größten Teil unbewusst) auf eine vorangegangene Entwicklungsstufe zurück" S. 90

20.3.2.1.4 Verleugnung

"Der Betroffene verleugnet einzelne Realitätsbereiche, erkennt sie in ihrer Bedeutung nicht an." S. 90

20.3.2.1.5 Vermeidung

"Einzelne Triebregungen werden dadurch umgangen, dass Schlüsselreize vermieden werden." S. 90

20.3.2.1.6 Verschiebung

"Ideen und Gefühle zu einer Person, die tabu ist, werden auf eine andere verschoben oder Zusammenhänge ausgeblendet, um dann neue herzustellen. (Zum Beispiel wird die Wut auf den Chef am eigenen Kind ausgelassen.) S. 90

20.3.2.1.7 Verneinung

"Ein Sachverhalt wird negiert, Gefühle und Einstellung verneint. (Zum Beispiel die Liebe für einen bestimmten Menschen)." S. 90

20.3.2.1.8 Projektion

"Eigene Gefühle, Selbstanteile oder psychische Inhalte werden anderen Menschen zugeschrieben. Das kann soweit gehen, dass das Gegenüber soweit beeinflusst wird, dass es die Erwartungshaltung ihm gegenüber tatsächlich erfüllt." S. 90

20.3.2.1.9 Introjektion bzw. Identifikation

"Dieser Abwehrmechanismus soll Angst vor Bedrohungen von außen abwehren. Der Betroffene übernimmt die gefühlten bedrohlichen äußerer Werte, bestimtes Verhalten, Normen, Werte oder Anschauungen […]. So wird keine Bedrohung mehr empfunden (zum Beispiel beim Stockholm-Syndrom)." S.90

20.3.2.1.10 Intellektualisierung

"Konflikte werden abstrahiert und theoretisiert, um sie so emotional fernzuhalten." S. 90

20.3.2.1.11 Rationalisierung

"Handlungen, die möglicherweise kritisch sind, werden rational-logisch erklärt. Gefühlsmäßige Anteile werden unterbewertet oder sogar ignoriert." S. 90

20.3.2.1.12 Sublimierung / Sublimation

"Triebwünsche, die nicht erfüllt werden dürfen oder können, werden durch Ersatzhandlungen ersetzt, die gesellschaftlich höher bewertet werden - und in Folge auch befriedigt (so durch Kunst, Wissenschaft, exzessive Arbeit oder Sport). Sublimierung kann so ein wichtiger Antrieb für die Kulturentwicklung sein." S.90

20.3.2.1.13 Somatisierung

"Ein Konflikt wird nicht in seiner eigenen psychischen Natur erkannt, sondern äußert sich durch körperliche Beschwerden - dies allerdings ohne symbolische Beziehung zu dem speziellen Konflikt." S.90

20.3.2.1.14 Konversion

"Der psychische Konflikt wird auf somatische Symptome übertragen, die dann auch eine symbolische Beziehung zum Konflikt haben." S. 91 https://www.rompc.de/eu/pdf/Somatische_Symptome_in_der_Psychotherapie.pdf

20.3.2.1.15 Affektualisierung

"Der Betroffene dramatisiert ein Ereignis oder Verhalten." S. 91

20.3.2.1.16 Autoaggression

"Der Betroffene richtet agressive Impulse gegen sich selber und nicht gegen die Person, Gegen die sie sich ursprünglich richteten. Sinn ist die Vermeidung eines Konfliktes mit der betroffenen Person." S. 91

20.3.2.1.17 Isolierung

"Ein unerfülbarer Wunsch wird dadurch bewältigt, dass er in entstellter Form befriedigt wird." S. 91

20.3.2.2 Die Methoden

"In der Psychoanalyse nach Freud geht es darum, dass die Klienten in inhaltlich nicht strukturierten Therapiegesprächen spontan und unzensiert Phantasien, Gefühle, Gedanken, Träume und Erinnerungen schildert (assoziiert), wie sie ihm gerade in den Sinn kommen. Der Therapeut ist Beobachter, der die Äußerungen wahrnimmt, versteht und Ursachen von Erkrankungen aufdeckt. Ziel ist […]

eine umfangreiche Umstrukturierung […] der Persönlichkeit und des Gefühlslebens, in denen die Störung entstanden ist." S. 92

"Psychoanalytische Themen sind sehr langfristig angelegt - mindestens 40 bis 80 Stunden bis hin zu 300 Stunden - , dies mehrmals wöchentlich. […] Bei der analytischen Psychotherapie, […] trifft man sich nur ein- bis zweimal wöchentlich. Außerdem gibt es die psychoanalytischen Fokaltherapien, bei denen 20 bis 30 Sitzungen avisiert sind und die oftmals in akuten Krisen oder Beziehungskonflikten thematisch fokussiert angewandt werden." S. 93

20.3.3.1 klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers / non-direktive, bzw. personenzentrierte Psychotherapie

"Diese Form der Therapie findet rein über das Gespräch mit den Klienten in Einzelsitzungen oder auch einem Gruppensetting statt. Der Klient selbst gilt als Experte für sein Leben.

Gleichzeitig wird vorrausgesetzt, dass jeder Mensch ein angeborenes Bedürfnis nach Selbstverwirklichung hat (Aktualisierungstendenz). So trägt der Klient selbst alles für seine Problemlösung Notwendige bei. Hierfür soll die Therapie die Rahmenbedingungen schaffen." S. 93

"Der Therapeut verhält sich dabei in keiner Weise direktiv. Er sorgt nur für optimle Bedingungen. […] in Bezug auf die therapeutische Grundhaltung [bedeutet dies:] positive Wertschätzung durch den Therapeuten [;] Empathie (einfühlsames Verstehen) [;] Kongruenz (Echtheit)". S. 93, S.94

20.3.3.1.1 Ablauf einer Therapiesitzung

"Anhand von Spiegeltechniken gibt der Therapeut dem Klienten immer wieder Rückmeldung zu seinen Äußerungen. (<<Ich habe also richtig verstanden …>>, <<Ich spüre da…>>) und unterstützt ihn bei der Selbstreflektion. […] Ratschläge und Bewertungen sollen während der ganzen Sitzung vermieden werden, sodass der Klient sich frei, ungezwungen und kreativ äußern kann. […] Eine Sitzung dauert 30 bis 50 Minuten und findet ca. einmal die Woche statt." S.94

20.3.3.2 Gestalttherapie

20.3.4 systemische und interpersonelle Therapien (zum Beispiel die Paar- und Familientherapie)

20.3.4.1 Paar- und Familientherapie

"[…] die Systeme Paar und/oder Familie stehen im Mittelpunkt […]. Grundlage ist, dass in beiden Systemen dynamische Wechselbeziehungen bestehen, die auch Auswirkungen auf das

Individuum haben. Umgekehrt haben auch die psychischen Probleme eines einzelnen Auswirkungen auf das gesamte System. Daher finden Familientherapien häufig in der Kinder- und Jugendpsychatrie oder auch in der Behandlung von Anrorexia Nervosa, Schizophrenien oder einer affektiven Störung statt." S. 95

"Ziel ist eine Veränderung der Beziehungen der Individuen untereinander in eine positive Richtung - im Zentrum steht dabei meist die Qualität der Kommunikation, aber auch eine Entwicklung zu besserer Empathie und

besserem Verständnis bis hin zu konkreten Verhaltensänderungen werden angestrebt." S. 95

20.3.4.1.1 Richtungen / Orentierungen

Psychoanalytisch (Stierlin; Böszörményi-Nagy, Richter, Framo):

"Ausgangspunkt ist, dass Erkrankungen im Bereich der Psyche unter anderem durch Beziehungsstrukturen familiärer Art (ggf. sogar aus früheren Generationen) begründbar sind. Daher werden hier die Interaktionen innerhalb der Familie analysiert, ebenso wie die intrapsychischen Abwehrstrukturen der Individuen. In Folge werden unbewusste Prozesse aufgedeckt, die dysfunktional wirken können, wie zum Beispiel die Delegation, bei der ein Kind einen meist unbewussten Auftrag durch seine Eltern bekommt, deren nicht gelebte Wünsche oder Bedürfnisse, zu vollziehen." S. 95

Humanistisch (Haley, Satir, Fry, Watzalwik)

"Bei dieser Richtung steht das Hier und Jetzt im Vordergrund." S. 95

Systemisch (Minuchin, Palazollie, Beteson, Glaserfelds)

"[…] die Familie [wird] als System gesehen […], dass Selbstregulierungsmethoden hat und durch bestimmte Gesetze gesteuert wird, werden, je nach Orientierung, Spielregeln Interaktionen, Sprache, Strukturen und Grenzen aufgedeckt und auch neu gestaltet." S. 95

Kommunikationspsychologisch (Rosenberg)

"Hier werden kommunikatorische Muster in den Beziehungen untereinander betrachtet und ggf. neu trainiert. […] <<gewaltfreie Kommunikation>> oder <<Konfliktmanagement>>." S. 95

Verhaltenstherapeutisch (Hogarty, Falloon)

"[…] Kommunikationstraining über den direkten Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen, der konstruktiven Mitteilung von Wünschen und dem aktiven Zuhören. […] [Es] kann hier ein Problemlösetraining stattfinden, das man gemeinsam erarbeitet. […] auch oft als psychoedukative Familienbetreuung […] wenn ein Mitglied an einer psychischen Krankheit leidet (wie Schizophrenie oder einer bipolaren Störung)." S. 96

Individualpsychologisch (Titze, Ackerknecht)

"[…] Interaktion der einzelnen Gruppenmitglieder, dem Verstehen der einzelnen Bedürfnisse, dem Wiederfinden von Gemeinsamkeiten und der Integration erkrankter Personen in das soziale Ganze." S. 96

Gestalttherapeutisch (Kempler)

"Hier soll die Fähigkeit von Kontakt und Präzenz in den Emotionen gefestigt werden. Im Zentrum stehen die Ausbildung von Aufrichtigkeit, Empathie und Interesse als Basis für neue

Veränderungsprozesse" S. 96

"Auf Basis dieser Richtungen werden die einzelnen Therapien methodisch aufgebaut. Wichtig für den Therapeuten ist, dass er neutral und unparteiisch bleibt, eine direktive und aktive Haltung einnimmt (die Therapie in Griff behält), bestimmte Regeln festgelegt werden, nach positiven Aspekten und Ressourcen gesucht wird." S. 96 Methoden

"

>Joining: Ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Teilnehmern, sodass jeder einen tragfähigen emotionalen Kontakt aufbauen kann.

>Refraiming: Situationen oder Sinn von Ereignissen werden umgedeutet, indem man sie in einen anderen Kontext stellt.

>Arbeiten an Grenzen: Grenzen sollen gezogen werden, damit das familiäre System besser strukturiert ist.

>Zirkuläres Fragen: Der Therapeut fordert die Mitglieder der Gruppe dazu auf, die Beziehungen anderer untereinander zu kommentieren.

>Verschreibungen: Tradiotionelle Verhaltensmuster sollen verändert werden, indem die Gruppe aufgefordert wird, einfach einmal etwas Neues auszuprobieren." S. 96

20.3.5 spezielle Therapien (zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Hypnosetherapie)" S. 84

20.3.5.1 Hypnotherapie (Franz Anton Mesmer; James Braid; Sigmund Freud) // moderne Hypnotherapie (Milton Erickson)

"[…] [das] Unterbewusstsein [ist] […] Quelle für Vielzahl an Ressourcen und Kreativität (nicht nur als Ort der verdrängten Inhalte) […] [Erickson] sah eine Chance darin, dass das

Unterbewusstsein in der hypnotischen Trance nicht mehr in seiner Absolutheit vom Bewusstsein kontrolliert würde. Das ermögliche in Folge eine optimale Veränderungsarbeit. […]

Auch heute steht Hypnose für eine effiziente Therapieform zu Arbeit an Blockaden, bestimmten Lebensthemen oder Verhaltensänderungen." S. 97

20.3.5.1.1 Definition Hypnose

"[…] ein Zustand veränderter Bewusstseinslage. […] ausgelöst durch unterschiedliche Methoden - in einer Trance. Durch Suggestionen werden bestimmte Problembereiche angesprochen, analysiert und verändert (zum Beispiel Unruhe, Angst, Blockaden, Schmerz, problematisches Verhalten ect.)

[…] Wichtig in der Hypnotherapie sind Zielfindungen und ein vertrauensvolles Therapeut-Klienten-Verhältnis." S. 97

20.3.5.2 Entspannungsverfahren (Jacobsen)

"Wissenschaftlich Bewiesen sind zum Beispiel die Wirkung von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen, […] autogenes Training und auch […] Biofeedback. Fantasiereisen sind

eng mit der Hypnosetherapie verbunden und auch Mediation tritt mittlerweile immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. […] Ziel […] körperliche und geistige Anspannung oder Erregtheit zu verinngern. Erreichen möchte man Gelassenheit und Wohlbefinden. Diese geschieht dadurch, dass auf neuronaler Ebene der Parasympathikus aktiviert werden soll, körperlich der Muskeltonus verringert, die Herzfrequenz verlangsamt und der Blutdruck gesenkt werden sollen. Gleichzeitig wirken diese psychischen Prozesse auf die Psyche - und umgekehrt. Bei einzelnen Methoden kann eine tiefe Entspannung eintreten, die mit etwas Übung zu einem immer besseren Körpergefühl führen kann. […] Ziel der meisten Übungen ist, dass diese später auch durch den Klienten durchgeführt werden können." S. 97

Autogenes Training (Johannes H. Schulz)

"[…] autosuggestive Entspannungsmethode, bei der man sich auf den eigenen Körper konzentriert und in durch die Wiederholung von Übungsformeln (zum Beispiel <<Meine Arme sind Schwer. Meine Beine sind schwer.>>) entspannt. Das autogene Training sollte möglichst täglich durchgeführt werden. So kann es bei leichten Ängsten, chronischen Schmerzen, somatoformen Störungen oder Stresssymtomatiken helfen." S. 98

PMR - Progressive Muskelrelaxation

"Durch das An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen in einer systematischen Übungsfolge überträgt sich die Entspannung auf den gesamten Körper und auf die Psyche. […] Indiziert ist diese Methode besonders bei Stresssymptomatiken und Ängsten, aber auch bei leichten depressiven Störungen, Schlafstörungen, chronischen Schmerzsyndromen und somatoformen Störungen." S. 98

Fantasiereisen

http://www.meditationsuebung.de/phantasiereisen_info.html

"[…] können mit der Hypnose verglichen werden, bei der der Klient ebenfalls in einem (wenn auch nicht so tiefen) Zustand der Trance geleitet und dann durch den Therapeuten durch eine Geschichte geleitet werden. Dabei kann einem Erkenntnisprozess gefolgt werden. Meist diesen sie jedoch der Entspannung." S. 98

Biofeedback

"Anwendung findet Biofeedback unter anderem bei Spannungskopfschmerzen, Migräne oder arterieller Hypertonie." S.98

https://www.dgbfb.de/index.php/de/bioundneurofeedback

Meditation

"[…] Achtsamkeitsübung zur Stressreduktion […] zur Verbesserung des Gefühls für den eigenen Körper […] meist benutzt man sie in der Entspannungstherapie in Verbindung mit Fantasiereisen oder zum Beispiel im Anschluss an eine PMR." S. 98

Krisenintervention

"[…] steht für eine schnelle kurzfristige Unterstützung in Krisensituation, sprich einer bedrohlichen Zuspitzung einer Situation. […] Ziel Betroffene professionell

dabei zu unterstützen, diese Krise zu bewältigen. Dazu zählen unter anderem die Telefonseelsorge oder Notfallseelsorge der Kirchen, aber auch spezielle Interventionsteams bei Polizei oder Rettungsdiensten." S. 99 20.6 Soziotherapie, Rehabilitation und Sozialpsychatrie

20.6.1 Einführung Soziotherapie

"[…] steht für alle Therapien, die zusätzlich zu den biologischen und psychotherapeutischen Ansätzen bei psychisch kranken Menschen […] Anwendung finden. […]

Die Patienten sollen auf ihrem Level Anregung erhalten (kognitiver, sozialer und emotionaler Art) und auch Anerkennung erleben. Somit geht es um Training und Motivation." S. 100 eingeübt werden […] oder auch kognitive Fähigkeiten geübt werden (Konzentrationstraining). Die Arbeitstherapie soll auf die Rückkehr ins Arbeitsleben vorbereiten […]. Es geht darum, dem Erkrankten wieder den Alltag näher zu bringen […] Gleichzeitig soll wieder Kontakt mit einem sozialen Umfeld aufgebaut werden." S. 100

20.6.3 Sozialtherapie

"[…] soziale Reintegration des Erkankten. Diese wird vorbereitet, organisiert und begleitet […]. Meist geschiet dies daher auch mit Unterstützung von Sozialarbeitern oder -pädagogen und im Allgemeinen über eine stufenweise Eingliederung in das "normale" Leben." S. 100

20.6.4 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation

"[…] Strategien zu entwickeln, mit diesen Problemen zurechtzukommen, den Alltag zu bewältigen, in die Berufstätigkeit zurückzukehren, die häuslichen - und

auch familiären - Pflichten wieder aufzunehmen sowie natürlich eine sinnvolle Freizeitgestaltung erleben zu können." S. 100, 101

"[…] wird ambulant bei Fachärtzen oder Psychologen durchgeführt oder stationär (oder teilstationär) in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, bzw. in einer psychosomatischen Reha-Klinik." S. 101

"Dabei fährt man mehrgleisig unter Berücksichtigung mehrer Maßnahmen. So zum Beispiel: physische Therapien, Medikamentation, Psychotherapie, psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Sozialberatung, Berufliche Rehabilitation, Soziale Rehabilitation." S. 101

21. Psychoedukation

"[…] geht es darum, Betroffene - und Angehörige - mit Wissen über die betreffende Krankheit zu versorgen. […] Wichtig ist, dass die Informationen verständlich sind. Nur so können Unsicherheiten reduziert und Vertrauen geschaffen werden. Gleichzeitig erleichert die Psychoedukation, eine Diagnose zu akzeptieren, eine Erkrankung zu enstigmatisieren, sich aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen, Ressourcen kennenzulernen - und auch Rückfällen vorzubeugen." S. 102

22. Psychopharmakalogie

"[…] Substanzen, die über die Einwirkung auf das zentrale Nervensystem eine Wirkung auf die Psyche und/oder das Bewusstsein haben. […] unterschiedliche Gruppen […] Antidepressiva; Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika); Antipsychotika (Neuroleptika); Anxiolytika und Hypnotika; Antidementiva; Psychostimulanzien." S. 103

22.1 Antidepressiva

"Antidepressiva wirken auf verschiedenen Ebenen. Auf der Enzym- bzw. Transportebene ging und geht man davon aus, dass depressive Sydrome unter anderem durch einen Mangel an Serotonin und/oder Noradrenalin -und auch ein paar anderen Bitenstoffen - entstehen. Antidepressiva sorgen nun dafür, dass diese dort länger zur Verfügung stehen, wo sie benötigt werden. Sie hemmen die Wiederaufnahme in ihre Speicher, blocken ihren Abbau und/oder erhöhen die Ausschüttung." S. 104

22.2 Phasenprophylaktika

"Stimmungsstabilisierer […] dienen bei affektiven oder schizioaktiven Störungen im Kampf gegen die depressiven und/oder manischen Stimmungsschwankungen." S. 107

22.3 Antipsychotika (Neuroleptika)

"[…] haben die Hauptaufgabe antipsychotisch zu wirken. Das bedeutet, dass sie zum einen dämpfend bei psychomotorischer Erregtheit wirken und so möglichem agressiven Verhalten entgegenwirken, zum anderen sie Sinnestäuschungen psychotischer Art, Wahndenken aber auch katatonen Symptomen und Ich-Störungen entgegen." S. 110

22.5 Anxiolytika und Hypnotika

"[…] Subsanzen die angst- und spannungslösend sind, Hypnotika (bzw. Sedativa oder Transquilizer) dienen dahingehend als Schlafmittel." S. 112

22.3 Benzodiazepine

"[…] sind angstlösend (anxiolytisch) und affektiv entspannend, sedierend und schlaffördernd, muskelentspannend, entkrampfend. Meist werden sie zur akuten Behandlung von Angst- und Erregungszutänden (zum Beispiel bei

Schizophrenie oder Manie), bei suizidalen depressiven Patienten oder auch bei Depressiven, die ängstlich-agierend sind, bei Stupor oder Mutismus oder auch kurzzeitig bei Schlafstörungen." S. 113

22.4 Barbiturate

"[…] Heutzutage werden sie meist bei Epilepsie oder zur Narkoseeinleitung genutzt." S. 114

22.5 Antidementiva

"[…] werden bei Hirnleistungsstörungen zur Verbesserung von Aufmerksamkeit […] [und] Gedächtnis eingesetzt - sprich, hauptsächlich bei einer Demenz. Dabei können sie jedoch nur verzögernd, nicht heilend wirken." S. 115

22.6 Psychostimulanzien

"[…] wirken anregend, antriebsstimulierend und können kurzfristig konzentrations- und leistungssteigernd [sein]. Oft werden sie als Drogen konsumiert, können aber auch therapeutisch eingesetzt werden […]." S. 116

23. Biologische Therapieformen

"Die wichtigsten Methoden sind […] Schlafentzugstherapie; Lichttherapie; Elektrokonvulsionstherapie […] [Elektrokrampftherapie EKT]; Psychochirurgie; Körper-/Sporttherapie" S. 119

"[…] Schlafentzugstherapie wird oftmals bei depressiven Symptomen bei einem stationären Aufenthalt eingesetzt. […] Ziel ist eine Stimmungsaufhellung, die auch bei 50 bis 60% der

Patienten tatsächlich erreicht wird. […] Unterstützt wird diese Therapie meist durch die Gabe von Psychopharmaka." S. 119

"[…] Lichttherapie findet meist meist bei seisonalen Depressionen Anwendung. Eine Lampe simuliert per hellem, weißen Licht […] das Tageslicht." S. 120

"[…] [Elektrokrampftherapie] […] findet […] meist bei wahnhaften Patienten und auch jenen, die an therapieressistenten Depressionen leiden - außerdem bei therapieresistenten Manien oder Katatonien im Rahmen einer Schizophrenie. […] Im Rahmen einer Narkose wird durch elektrische Impulse ein Krampfanfall im Gehirn ausgelöst. […] man […] [vermutet], dass die Krampfanfälle die Ausschüttung von Neurotransmittern und Neurohormonen anregen oder die Krämpfe regenerative Prozesse im Nervengewebe anstoßen." S. 120

"[…] [Psychochirurgie] chirurgische Eingriffe im Gehirn, meist bei Schizophrenie oder auch bei schweren Zwangsstörungen, bei Parkinson, Tourette oder auch Epillepsie." S. 121

" […] [Körper- /Sporttherapie] [durch] körperliche Betätigung [kann] sich sehr positiv auf die Vorbeugung, Rehabilitation und Verbesserung des Wohlbefindens bei psychischen

Störungen auswirken. Dabei wird der Patient nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene angesprochen und aktiviert." S. 122

24. Rechtliche Grundlagen

24.1 Schweigepflicht

"Wer Menschen therapiert, bzw. einem Heilberuf nachgeht, unterliegt der Schweigepflicht. Das bedeutet, dass aöös, was unter vier Augen besprochen wird, auch dort verbleiben soll - es sei denn, man wird durch den Patienten von der Schweigepflicht entbunden. Hält man sich nicht daran, drohen eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine

Geldstrafe. Die Schweigepflicht muss somit sehr ernst genommen werden. Denn selbst Gespräche mit Angehörigen dürfen, wenn der Patient entscheidungsfähig ist, nur nach einer Entbindung der Schweigepflicht geschehen. Übringens gilt das auch bei Gerichts- und Ermittlungsverfahren, hier hat ein Therapeut aufgrund der Schweigepflicht ein

Zeugnisverweigerungsrecht. Ausnahmen sind Eigen- und Fremdgefährdung, die nur durch den Bruch der Schweigepflicht abwendbar sind […]" S. 135

7.9 Patientenrecht / Pflichten des Heilpraktikers (Psychotherapie)

"

> Umfassende Aufklärung und umfangreiche Information zur Behandlung (Diagnose, Behandlung, Risiken, etwaige Alternativen).

> Genaue Aufklärung der zu erwartenden Behandlungskosten - möglichst schriftlich […]

> Aufklärung über ewtaige Kostenerstattungsprobleme

> Mündliche Aufklärung […] zur bevorstehenden Behandlung […] rechtzeitig vor Behandlungsbeginn.

> Durch den Patienten (oder sein Vertreter) unterzeichnete Dokumente müssen Ihm in Kopie zur Verfügung gestellt werden.

> Verständliche Dokumentation von Behandlungen und Möglichkeit der Einsicht in die Akte auf Seite des Patienten. > Stärkung der Patientenrechte bei "groben" Behandlungsfehlern.

> Aufklärung der Patienten bei Annahme eines Behandlungsfehlers (jedoch nur zur genauen Art und Weise). > Delegation an Hilfspersonal nur nach vorheriger Einverständniserklärung durch den Patienten." S. 136

25. Organische, einschließlich somatische, psychische Störungen (ICD-10: F0)

"Organische psychische Störungen basieren auf einer definierten Hirnerkrankung. Meist verursacht diese den Verlust kognitiver Fähigkeiten, Orientierungsstörungen, Affektlabilität und/oder Affektinkontinenz. Sie sind teilweise schwierig als organisch bedingt zu erkennen, da diese teilweise Störungsbilder, die nichtorganisch verursacht sind, <<Vortäuschen>> können." S. 138

25.1 Demenz

"Demenzielle Syndrome umfassen den Verlust von Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen der menschlichen Psyche […] [und] muss zur Diagnose mindestens sechs Monate bestehen : > Störung des Gedächtnisses

> Beeinträchtigung von mindestens einem neuropsychologischen Teilbereich (Orientierung, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben oder Rechnen) > eine alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung

25.2 Demenz-Tests / Demenz-Screening Test > Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit

> Uhren-Zeichen-Test http://videos.vitapublic.de/video/krankheiten-symptome/demenz/frueherkennung/uhrentest/492/vn_demenz_frueherkennung_uhrentest_490x276_416.mp4 http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/demenz-alzheimer/diagnose/video-uhrentest

> Mini-Mental-Status-Test http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/formulare/Mini-Mental-Status-Test.pdf

Vgl.S. 140

"Schwierig ist besonders, dass viele Betroffene in der Frühphase Symptome aus Angst und Stolz - auch dem Arzt gegenüber - verleugnen oder überspielen. So ist eine frühzeitige Intervention oft nicht möglich." S. 142

25.2 Organisches amnestisches Syndrom [Korsakow Syndrom] (ICD-10: F04)

"[…] äußert ich durch schwere Beeinträchtigungen sowohl des Kurz- als auch des Langzeitgedächtnisses. Das Immediatgedächtnis [Ultrakurzzeitgedächtnis/sensorisches Gedächtnis] bleibt weitgehend erhalten." S. 152

26. Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06)

"[…] [In dieser Konstellation entstehen] oftmals therapeutische Probleme, da die Gefahr besteht, dass das organische Problem nicht direkt erkannt wird. Daher sollte bei der Anamnese der zu vermutenden Erkrankung eine organsiche Ursache per Testverfahren ausgeschlossen (oder bestätigt) werden." S. 155

27. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10: F07)

"Aufgrund einer Krankheit, bzw. Funktionsstörung oder Schädigung des Gehirns kann es auch zu einer Persönlichkeitsveränderung oder auch Störung des Verhaltens kommen. Diese können unterschiedlicher Art sein." S. 158

28. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) (ICD-10: F07)

"Das ICD-10 nutzt jedoch auch weiterhin den Begriff <<Abhängigkeit>> mit dem Abhängigkeitssyndrom als tatsächlichen Krankheitsbegriff." S. 161 "Dabei definiert das Verzeichnis Abhängigkeit, wenn drei der folgenden Punkte erfüllt werden:

> starker Wunsch, ja Zwang, nach dem Konsum psychotroper Substanzen

> Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit, wen es um den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums geht

> Bei Beendigung oder auch Reduktion des Konsums entsteht ein körperliches Entzugssyndrom

> Es entsteht eine Toleranzentwicklung der Substanz gegenüber, bei der die Dosis der Substanz immer weiter erhöht werden muss, damit kein Entzugssyndrom eintritt

> Andere Vergnügungen oder Interessen werden zunehmend für den Konsum der Substanz vernachlässigt, bzw. es entsteht ein erhöhter Zeitaufwand, [sich] die Substanz zu verschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen.

> Die Substanz wird auch weiter konsumiert, wenn schädliche Folgen nachgewiesen werden." S. 161

"Man unterscheidet zudem die psychische Abhängigkeit, bei der ein unwiderstehliches starkes Verlangen nach der Substanz entsteht (Craving) und die körperliche Abhängigkeit, bei der bei einem Entzug starke körperliche Symptome auftreten." S. 161

28.1 Warum wird der Mensch abhängig ?

"[…] die Entstehung einer Abhängigkeit [ist] von mehreren Faktoren abhängig [.] […] von genetischen Faktoren, dem Verhalten und Lernen […] [Neurotransmitter-System], dem sozialen Umfeld mit seiner Verfügbarkeit von Drogen, dem Verhalten Gleichaltriger sowie der Gesetzteslage. Auch soziale Normen und auch Traditionen spielen eine Rolle, ebenso wie andere bereits bestehende psychische Erkrankungen." S.162

28.2 Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10)

"[…] Elvin Morton Jellineck […] Entwickelte vier Phasen, deren einzelne Elemente zeitlich jeweils sechs bis zwölf Jahre durchlaufen.

Prähalkoholische Phase

> Es werden mäßige Alkoholmengen zum Spannungsabbau getrunken.

> Die Alkoholtoleranz ist bereits erhöht.

> Ein Alkoholkonsum findet beinahe täglich statt.

Prodomalphase

>Die Toleranz und somit der Alkoholkonsum erhöhen sich weiter

>Der Betroffene trinkt heimlich und spielt seinen Alkoholkonsum herunter. Außerdem leidet er unter Schuldgefühlen

>Die Gedanken kreisen ständig um das Thema Alkohol

>Es werden Alkoholvorräte angelegt

>Der Betroffene leidet teilweise bereits an amnestischen Lücken bezüglich der Geschehenisse während des Trinkens

Kritische Phase

>Es besteht eine hohe psychische Abhängigkeit

>Es beginnen Kontrollverlust und eine Wesensveränderung (Reizbarkeit, Affektlabilität und Interessensverlust)

>Es kommt zu Problemen in der Famie und dem Beruf

>Es wird bereits morgens getrunken und es gibt nur kurze Phasen der Abstinenz

>Der Alkoholkonsum wird bagatellisiert und dissimuliert

>Angebotene Hilfe wird agelehnt

Chronische Phase

>Es kommt zu längeren, tagelangen völlig situationsunabhängigen Räuschen

>Es kommt zu morgendlichen Entzugserscheinungen

>Es treten somatische Komplikationen auf

>Es kommt zu Alkoholpsychosen, Prädelirien, ggf. auch pathologische Räusche." S. 163, S. 164

[Siehe auch Alkoholikertypen nach Jellinek: http://www.suchtkrankenhilfe-schwaigern.de/info/alkohol/5trinkertypen/]

28.2.1 Alkoholdelir / Delirium tremens (ICD-10: F10.4)

"[…] ist eine lebensbedrohliche Komplikation, die entweder (selten) als Kontinuitätsdelir aus dem Trinken heraus entsteht, oder ein bis vier Tage nach einem Entzug über Nacht auftreten kann. […] Das Alkoholdelir kann in eine Wernicke-Enzephalopathie oder ein Korsakow-Syndrom übergehen." S.166

Siehe bei Interesse auch weitere Störungen wie: Eifersuchtswahn; Alkoholhalluzinose; Korsakow-Syndrom (Gedächtnisstörung); Wernicke-Enzephalopathie." S. 168

28.3 Störungen durch Opiate (ICD-10: F11) siehe S. 169

28.4 Störungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12) siehe S. 171

28.5 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13)

"Besonders infolge von diversen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und chronischen Schmerzsyndromen kann es zu einer Abhängigkeit von den ursprünglich als Medikamenten verabreichten Stoffen kommen. […] Allgemein kommt es bei den Sedativa und Hypnotika sowohl zu einer körperlichen, als auch psychischen Abhängigkeit. […] Umso wichtiger ist bei Vergabe dieser Medikamente eine genaue Überwachung der weiteren Verwendung. Kommt es zu einem Entzug, so kann auch dieser schnell lebensbedrohlich werden, sodass er auf jeden Fall genau überwacht werden muss." S. 173

28.6 Störungen durch Kokain und sonstigen Stimulanzien (ICD-10: F14) S. 176

28.7 Störungen durch Halluzinogene (ICD-10: F16) S. 177

28.8 Störungen durch Tabak (ICD-10: F17) S. 178

28.9 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (ICD-10: F18) S. 179

28.10 Polytoxikomanie / Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und dem Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (ICD-10: F19)

"Werden mehrere Substanzen aus mindestens drei unterschiedlichen Kategorien über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten zur gleichen Zeit genommen, spricht man von einer

Polytoxikomanie. […] Ursache ist meist eine nicht konsequente Verfügbarkeit einer Substanz oder wenn ein Stoff gegen die Nebenwirkungen des anderen eingesetzt wird. (Stimulanzien zum Beispiel gegen den Hangover am nächsten Morgen.)" S. 180

29. Mögliche Therapieformen

"Therapeutisch geht man bei einer Abhängigkeit von vier Phasen aus:

1. Kontaktphase […]

2. Entzugsphase […]

3. Entwöhnungsphase […]

4. Nachsorgephase" S. 181

1. Kontaktphase

> über niederschwellige Angebote

> Aufbau der Krankheitseinsicht

> Informationsvermittlung und Aufklärung

> Aufbau von Eigen-Motivation zum Entzug

> Patient Erkennen lassen durch aufbau von Angst vor Sanktionen wie z.B. Verlust von Arbeitsplatz oder Partner > Entwurf eines Therapieplans

Vgl. S. 181

2. Entzugsphase

>"Absetzen der Substanz und Entgiften des Körpers bis zur komplettenn Abstinenz - häufig stationär." S. 181

>"Psychofarmaka zum Beispiel Clomethiazol (bei Alkohol) oder Doxepin (bei Opiaten) [dienen] zur Linderung der Entzugserscheinungen" S. 181

3. Entwöhnungsphase

"In einer Spezialklinik werden weiterführende Therapien zur Unterstützung und zur Prävention eines Rückfalls eingesetzt (Psychotherapie, Rehabilitation)." S. 181

4. Nachsorgephase

"[…] soll der Zustand des Betroffenen stabilisiert werden. […] Anzuraten ist hier die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und auch Einzeltherapie." S. 181

30. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F2)

30.1 Schizophrenie (ICD-10: F20) / Psychiater Eugen Bleuler und Kurt Schneider

"[…] ist eine psychische Erkrankung, die massiven Einfluss auf das Erleben und Wahrnehmung der Umwelt, das Denken und Fühlen und das eigene Verhalten hat. Zentral kann man von einem Bestehen abnormer Erlebnis- und Empfindungswelten sprechen. Die Realität wird uminterpretiert." S. 183

30.1.1 Ätiologie / Ursache / Symptome

"[…] ist noch nicht endgültig geklärt. […] multifaktorielle endogene (körperliche) Ursache […] was allerdings immernochnicht bewiesen ist. Eine familiäre Häufung von Schizohrenien lässt zumindest als einen möglichen Faktor für einige Erkrankungen eine genetische Prädisposition vermuten." S. 183

Grundsymptome nach Eugen Bleuler:

">Assoziationslockerung (formale Denkstörungen, bei denen zum Beispiel Neoglismen [neue Wörter] erfunden/gebildet werden)

>Affektstörung (zum Beispiel Parathymie [der Ausdruck eines Gefühls ist ganz anders als das Gefühlte selbst)

>Autismus (Selbstausschluss aus der Gemeinschaft bis hin zu Mutismus [psychogenes Schweigen] oder Stupor [Starrezustand des Körpers])

>Ambivalenz [Zwiespältigkeit, Widersprüchlichkeit]" S. 184

Akzessorische Symptome nach Eugen Bleuer: "

>Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen) >Inhaltliche Denkstörungen (Wahn)

>Katatone Störungen (Störungen des Antriebs und der Motorik - zum Beispiel starker Bewegungsdrang, Unruhe, Selbst- und Fremdagression, Manierismen [bizarr aussehende, verzerrte, verschnörkelte Bewegungsabläufe, die an dieser Stelle unsinnig erscheinen] oder auch Stupor, Negativismus, Katalepsie[Zustand des Verharrens in einer starren Körperhaltung], Haltungsstereotypen)" S. 184

Symptome ersten Ranges nach Kurt Schneider

"

>Stimmen (dialogisch oder kommentierend)

>Gedankenlautwerden

>Leibliche Beeinflussungserlebnisse (das Gefühl, gegen den eigenen Willen zum Beispiel berührt, bestrahlt oder verändert zu werden)

>Gedankeneingebungen, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung (Ich-Störungen)

>Wahnwahrnehmungen (realen Wahrnehmungen wird eine wahnhafte Bedeutung beigemessen)" S. 184

Symptome zweiten Ranges nach Kurt Schneider "

>Sonstige Halluzinationen (optisch, gustatorisch, olfaktorisch, takti)

>Zönäthesien, die aber nicht von außen gemacht sind (man nimmt zum Beispiel seine Extremitäten vergrößert oder verkleinert wahr) >Wahneinfall (zum Beispiel Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn)" S. 184, 185

30.1.2 Diagnose / Verlauf / Prognose einer Schizophrenie nach F20

"[…] wenn keine pathologischen hirnorganischen / organischen Befunde bestehen und die Symptome seit länger als einem Monat bestehen." S. 185

Folgende Kriterien müssen erfüllt werden:

Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppe 1 bis 4 "

1. Ich-Störungen (Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung oder -lautwerden)
2. Inhaltliche Denkstörungen (Wahrnehmungen, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten)
3. Akustische Hallozinationen (dialogisch, kommentierend)
4. Anhaltender Wahn - kulturell unangemessen oder unrealistisch" S. 185

Mindestens zwei Symptome der Gruppe 5 bis 9 "

5. Anhaltende Halluzinationen unabhängig aus welchem Sinnesbereich
6. Formale Denkstörungen - Gedankenabreißen oder Störungen im Gedankenfluss mit der Folge von Vorbeireden, Zerfahrenheit oder Neoglismen (Wortneubildungen)

7. Katatone Symptome
8. Negativsymptomatik wie zum Beispiel Sprachverarmung, Apathie, flacher oder inadäquater Affekt, sozialer Rückzug und verringerte soziale Leistungsfähigkeit
9. eindeutige durchgängige Verhaltensänderungen mit Folgen wie Trägheit, Ziellosigkeit, Verlorenheit in sich sozialer Rückzug." S. 185

"Dabei können die Verlaufsformen unterschiedlich sein:

>vielphasig

>schubförmig

>rezidiv (mündet meist in eine Depression)

>gradlinig hin zu einer typisch schizophrenen Denkstörung" S. 185

30.1.3 Phasen einer Schizophrenie Abbildung aus S. 186

30.1.4 Unterformen der Schizophrenie

30.1.4.1 Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

"[…] zeichnet sich durch ein wahnhaft-hallozinatorisches Erleben ergänzt durch Ich-Störungen aus." S. 187

30.1.4.2 Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1)

"[…] zeichnet sich durch Affekt-, Antriebs- und Denkstörung aus und lässt sich oftmals gut über die heitere-läppische Grundstimmung mit distanzlosem Verhalten erkennen." S. 187

30.1.4.3 Katatone Schizophrenie (ICD-10: F20.2)

"[…] zeichnet sich hauptsächlich durch psychosomatische Symptome aus." S. 188

30.1.4.4 Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10: F20.3)

"Kann eine Schizophrenie nicht einer anderen Subform zugeordnet werden, stellt man die Diagnose der <<undifferenzierten Schizophrenie>> S. 188

30.1.4.5 Postschizophrene Depression (ICD-10: F20.4)

"Nach einer akuten Schizophrenie kann es bis zu zwölf Monate später zu einer postschizophrenen Depression kommen. Hier sind noch ein bis zwei schizophrene Symptome vorhanden, ansonsten bestehen depressive Symptome, die zur genauen Diagnose mindestens zwei Wochen bestehen müssen." S. 189

30.1.4.6 Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

"Ist in der Vergangenheit bereits mindestens ein psychostisches Zustandsbild aufgetreten, das einer Schizophrenie entsprach und zeigten sich in den letzten Zwölf Monaten starke Negativsymptome, so spricht man von einem schizophrenen Residuum. Dies bedeutet, dass die Schizophrenie einen chronischen Verlauf angenommen hat." S. 189

30.1.4.7 Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6)

"[…] ist relativ schwer zu erkennen, da sie anfänglich recht symptomschwach ist. So bleiben Betroffene zunächst häufig unauffällig. Erst langsam, aber konsequent, bildet sich eine ausgeprägte

Negativsymptomatik aus." S. 189

30.1.4.8 Sonstige Schizophrenie: Zönästhetische Schizophrenie (ICD-10: F20.8)

"[…] die Betroffenen [erleben] massive Körpermissempfindungen und Halluzinationen. Der Betroffene leidet unter merkwürdigen, bizarren

Leibesempfindungen (Schrumpfen von Extremitäten, Bewegungen von Organen, Temperaturempfindungen)" S.190

30.2 Schizotype Störung (ICD-10: F21)

"[…] zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen. Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzulänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt. Sie katapultieren sich dadurch gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch durch ihr schrulliges und exentrisches Verhalten als interessant angesehen." S. 191

30.3 Anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22)

"[…] einzelne Wahnideen oder sogar Wahninhalte, die ein ganzes System bilden. Dabei sind sie nicht unglaubhaft, sondern sind für Außenstehende sogar gut nachvollziehbar." S. 192

30.4 Akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23)

"[…] zeichnen sich durch einen akuten Beginn von längstens zwei Wochen in Folge einer aktuten Belastung mit schnell wechselnden Symptomen wie Wahnvorstellungen, Wahrnehmungsstörungen und Verhaltensstörungen aus, aber auch Rastlosigkeit, Verwirrtheit oder Desorientiertheit. Dabei kann das Erscheinungsbild von Tag zu Tag - manchmal auch noch schneller - wechseln. Maximal

30.5 Induzierte wahnhafte Störung (ICD-10: F24)

"Manchmal kann es passieren, dass zunächst gesunde Menschen die wahnhaften Überzeugungen eines anderen erkrankten Menschen übernehmen. Vorraussetzung ist eine emotional sehr enge Beziehung, wie es bei Partnern, Eltern, sehr engen Freunden oder auch Geschwistern, ggf. auch bei einer Sekte,

der Fall ist, vor allem, wenn sie zudem von anderen sozialen Kontakten isoliert sind.

[…] Inhaltlich sind dies häufig Wahnideen mit religiösen Inhalten, Größen- oder Verfolgungswahn. Nach einer Trennung fällt auch zumeist sofort der Wahninhalt weg." S. 194

30.6 Schizoaffektive Störung (ICD-10: F25)

"[…] ist eine psychische Störung bei der sich die Symptome der Schizophrenie mit einer affektiven Störung (manisch, depressiv oder manisch-depressiv) vereint.

"So leiden die Betroffenen […] sowohl unter Symptomen des schizophrenen Formenkreises, wie Wahn oder Halluzination, als auch an jenen der affektiven Störung. Dabei muss die affektive Störung das Krankheitsbild beherrschen.

So unterscheidet man auch:

> schizioaffektive Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)

> schizioaffektive Störung, gegenwärtig depressive (F25.1)

> gemischte schizioaffektive Störung (F25.2)" S. 195

30.7 Mögliche Therapieformen

"[…] Psychopharmaka, hauptsächlich Neuroleptika - sowohl, wenn es um die Akutbehandlung als auch die Langzeittherapie geht. Ergänzt wird zumeist um eine Psychotherapie und eine Soziotherapie. […] Ein akuter Ausbruch wird stationär behandelt." S. 196

"Psychotherapeutisch gehören kognitive Trainingsverfahren, Familientherapie und Angehörigenarbeit zum Konzept. Soziotherapeutisch arbeitet man stark mit Ergotherapie und spezifischen

Rehabilitationsprogrammen, wie Arbeitstherapie. Als günstig zeigt sich auch die Unterbringung in Tagesstätten, betreuten Wohneinrichtungen und eine Ergänzung durch Selbsthilfegruppen." S. 197

31. Affektive Störungen (ICD-10: F3) / Unipolare Depression als häufigste Erkrankungsform - gefolgt von bipolarer affektiven Störung

"Die affektiven Störungen zeichnen sich durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung aus. Diese kann, wie bei der Manie, übertrieben gehoben und erregt oder auch, wie bei der Depression sehr stark gedrückt und gehemmt sein. Häufig passiert das episodisch, unterbrochen mit "normalen" Phasen oder auch anhaltend. Gleichzeitig können sie auch bipolar verlaufen (depressive und mahnische Formen im Wechsel)." S. 199

"Betroffen sind dabei nicht nur die Stimmung, sondern auch der Antrieb, die vegetativen Funktionen, das formale sowie inhaltliche Denken und die soziale Interaktion." S. 199

"Problematisch ist vorallem die hohe Suizidrate bei Erkrankten mit unipolarer Depression." S. 199

31.1 Ursachen

"[…] eine genetisch bedingte Verletzlichkeit und/oder biografisch bedingte Vorbelastung (Verlust und Trennung vor allem von der Mutter), die zusammen mit äußeren oder auch biologischen Faktoren den Weg für eine affektive Störung ebnet." S. 199

"Finale äußere auslösende Faktoren können psychosoziale Stressoren sein (wie ein traumatisches Erleben oder Einsamkeit) oder somatische Stressoren (wie

31.1.1 psychosoziale Stressoren (Finaler äußerer Faktor)

Durch z.B. "ein traumatisches Erleben oder Einsamkeit" S.200

31.1.2 somatische Stressoren

"wie körperliche Erkrankungen oder bestimmte Medikamente" S. 200

31.1.3 Biologische Ursachen

Bei "zu geringer (bei Depression) oder zu hoher (bei der Manie) Pegel an den Botenstoffen Noradrenalin oder Serotonin sein. Außerdem kann eine hormonelle Kortisol-Störung vorliegen." S.200

31.1.4 Typus Melancholicus

"[…] zeichnet sich durch einen starken Ordnungssinn - persönlicher und sachlicher Art - aus. Er ist bescheiden und akkurat und hat vor allem an sich hohe Ansprüche. Er neigt zu aufopfernden Verhalten mit Drang zu hohen eigenen Leistungen - will jedoch auch Anerkenung und Wertschätzung erleben." S.199

31.2 kognitives Depressionsmodell nach Aaron T. Beck

"Seine Theorie besagt, dass Depressionen durch verzerrte depressionstypische Kognitionen ausgelöst werden. Das entstandene System besteht aus Denkfehlern, bei denen die Umwelt und mögliches zukünftiges Geschehen im Mittelpunkt stehen. Dabei werden zum Beispiel Geschehenisse unangebracht negativ verallgemeinert, positive Aspekte ausgeblendet (selektive Verallgemeinerung) oder negativ Erlebtes dem eigenen Verhalten zugeschrieben (Selbstatrrtibution). Dadurch entsteht eine Verzerrte Selbstwahrnehmung. Der Betroffene erlebt Enttäuschungen und empfindet Ablehnung. Es folgt, dass Wahrnehmung und Erfahrung als Bestätigung für die depressive Grundhaltung angesehen werden, was wiederum den Teufelskreis schließt." S. 200

31.3 Modell der gelernten Hilfslosigkeit nach Martin E. P. Seligman und Seven F. Maier

"Diese Hilfslosigkeit entsteht, wenn Betroffene negative Erfahrungen machen, die sie - und auch andere (internale Attributation) - nicht beeinflussen können. Wenn sich dann diese Erfahrungen durch bestimmte Erlebnisse immer wieder wiederholen, fühlt sich der Betroffene als habe er diese selbst verschuldet. Er empfindet sich als Versager, was zu einer Verminderung seines Selbstwertgefühls führen kann. Das wiederum lässt ihn resignieren und schließlich in eine Depression fallen." S. 200

31.4 Manische Episode

"Bei der Manie erleben Betroffene eine (unbegründete) intensive gehobene Stimmungslage. Meist sind sie äußerst aktiv. Ihr Denken ist sprunghaft und unstet." S. 201

31.4.1 Leitsymptome der Manie

"

>Euphorische Stimmungslage, die auch schnell in Reizbarkeit und Agression umschwenken kann >Antriebssteigerung

>Beschleunigter Gedankengang bis hin zur Ideenflucht" S. 201

31.4.2 Weitere Symptome der Manie

"

>Kein Krankheitsgefühl vorhanden, geringe Kritikfähigkeit, vermindertes Fremdwertgefühl

>Selbstüberschätzung, Größenwahn und Größenideen >Logorrhö (gesteigerter Rededrang)

>Starke Ablenkbarkeit und Anregbarkeit

>Starke Vitalgefühle, Reduzierung des Schlafbedürfnisses (meist ohne Leidensdruck), Steigerung der Libido" S. 201

31.4.3 Hypomanie (F30.0)

"[…] ist nur eine leicht ausgeprägte Manie, allerdings anhaltend und doch auffallend. […] der Betroffene fühlt sich wohl und leistungsfähig. Gleichzeitig neigt er jedoch zu Reizbarkeit und flegelhaften Verhalten. Geselligkeit und Libido sind gesteigert - bis hin zu übermäßiger Vertraulichkeit. Häufig ist das Schlafbündnis vermindert, Konzentration und Aufmerksamkeit sind gestört. Die Fähigkeit, sich zu entspannen und zu erholen geht verloren. Der Betroffene neigt zu mutigen Unternehmungen und zu übertriebenen Geldausgaben, allerdings ist die sonstige Lebensführung kaum beeinträchtigt. Ein Wahn ist nicht vorhanden." S. 201

31.4.4 Manie OHNE psychotische Symptome (F30.1)

Die "Stimmung [ist] unangebracht gehoben und pendelt zwischen sorgenfreier Heiterkeit und unkontrollierter Erregung. Der Antrieb ist erhöht […] ausgeprägten Rededrang, Größenideen, vermindertem Schlafbedürfnis und ausgeprägtem Optimismus […] die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit [ist] fast vollständig unterbrochen […]." S. 201

31.4.5 Manie MIT psychotische Symptome (F30.2)

Hier "münden Selbstüberschätzung und Größenideen in einen Wahn - häufig einen Verfolgungswahn oder Größenwahn. […] Hohe Aktivität und Erregung können zu Gewalttätigkeiten führen. Betroffene sind häufig verwahrlost und vernachlässigen die Nahrungsaufnahme. Abgegrenzt werden muss diese Form der Manie von der Schizophrenie." S. 202

31.4.6 Therapiemethoden bei manischen Episoden

"Der Betroffene ist meist nicht krankheitseinsichtig. So ist man häufig gezwungen, stationär - auch gegen den Willen des Betroffenen - zu behandeln. Dafür spricht auch, dass hier eine Abschirmung gegen Außenreize stattfinden muss." S. 212

>Psychopharmakatherapie

>Psychotherapie "oftmals schwierig, da […] die Krankheitseinsicht fehlt" S. 212

>Psychoeducation "das Erkennen von Früh-Symptomen" und das Entwickeln von Strategien, einem Rezidiv gegenzusteuern. Auch hier kann die Einbindung der Angehörigen güstig sein." S. 212

Vgl. S.212

32. Depressive Episode (ICD-10: F32)

"Typisch sind […] verfrühtes morgendliches Erwachen mit einem Morgentief, Störungen der Libido, Missempfindungen des Körpers (zum Beispiel Druckgefühl in der Brust oder im Magen), depressive

Wahnideen (mit den Themen Schuld, Versündigung, Verarmung, Kleinheit/Nichtigkeit oder auch hypochondrischer Wahn), sehr selten Wahrnehmungsstörungen in Form von aktustischen Halluzinationen (vorwurfsvolle Stimmen)." S. 203

Formen

>leichte depressive Episode (F32.0)

>mittelgradige depressive Episode (F32.1)

>schwere depressive Episode OHNE psychosomatischen Symptome (F32.2)

>schwere depressive Episode MIT psychosomatischen Symptome (F32.3) Vgl. S.203

Unterformen

>atypische Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>gehemmten Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>larvierten Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>spätdepression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>saisonale Depression (F38.11)

>Rezidivierende kurze depressive Störungen (F38.10) Vgl. S. 204, 205

32.1 Therapiemethoden bei depressiven Episoden

1. Psychopharmakatherapie
2. Psychotherapie
3. Schlafentzugstherapie
4. Lichttherapie
5. EKT-Therapie
6. Entspannungsverfahren Vgl. S. 210 - 212

33. Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31) - siehe auch F31.0 bis F31.8 auf S. 206

Hier "wechseln sich depressive […] und manische […] Phasen ab. Sie beginnen abrupt. Die manischen Phasen halten zwischen zwei Wochen und fünf Monaten an (durchschnittlich vier Monate), die depressiven Phasen durchschnittlich sechs Monate." S. 206

"Die bipolare affektive Störung ist zum einen besonders schwierig, da der Krankheitsbeginn häufig im frühen Erwachsenenalter liegt, einer Phase der Selbstendeckung, und sie zum anderen zu einem Teufelskreis führen kann." S. 206

"Das heißt, in manischen Phasen ist der Betroffene übereuphorisch, überschätzt sich und stößt dadurch oft auf Ablehnung - was wiederum negative Denkmuster aktiviert. Das wiederum kann zu feindseligem Verhalten führen und auch negativ auf depressive Phasen wirken. Da zudem hier oft zwischen den Phasen der Stimmungsschwankungen bestehen, werden soziale Kontakte und das berufliche Leben immer schwieriger." S. 206

33.1 Therapiemethoden bei bipolaren Episoden

"[…] hier besteht immer die Gefahr eines <<Switch>> auf die gegenteilige Symptomatik. Das gilt besonders für die Gabe von trizyklischen Antidepressiva bei einer depressiven Episode, die leicht zu einer manischen Phase führen können." S. 213

>Psychopharmakatherapie

>Psychotherapie

Vgl. S. 213

34. Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) - siehe auch F33.0 bis F33.4 auf S. 207

"[…] nach einer überstandenen Erkrankungs- und folgender Ruhephase [kehren] […] [die Phasen einer depressiven Störung wieder zurück]. […] Auslösende Faktoren für ein solches Rezidiv sind meist belastende Lebensereignisse." S. 207

35. Anhaltende affektive Störung (ICD-10: F34)

35.1 Zyklothymia (ICD-10: F34.0)

"[…] leichte bipolare Störung, die mindestens zwei Jahre anhält, wobei die Stimmung fast andauernd instabil ist, unabhängig von Lebensereignissen, und sich durch eine Vielzahl an Episoden auszeichnet. […]

Meist wird sie jedoch wegen ihrer schwachen Ausprägung nicht erkannt und führt bei Betroffenen zu keinem - aus ihrer Sicht - behandlungsbedürftigen Krankheitsempfinden." S. 208

35.2 Dysthymia (ICD-10: F34.1)

"[…] chronische - mindestens seit zwei Jahren bestehende - depressive Störung leichterer Art. […] Betroffene […] fühlen sich immer wieder monatelang depressiv und müde, klagen und grübeln, können aber ihr alltägliches Leben weiterhin gut bewältigen." S. 208

35.3 Mögliche Therapieformen bei affektiven Störungen

"Die Therapie muss immer individuell an den Patienten und seine Erkrankung angepasst werden. […] man [beginnt] zunächst mit einer Akutbehandlung, wechselt nach dem Abklingen der Symptome zur
Erhaltungstherapie und beginnt schließlich die Rezidivprophylaxe." S. 209

36. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4)

"

[36.1] >Phobische Störung (F40)

[36.2] >sonstige Angststörung (F41)

[36.3] >Zwangsstörung (F42)

[36.4]>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

[36.5]>Dissoziative Störungen (F44)

[36. 6]>Somatoforme Störungen (F45)

[36.7] >Sonstige neurotische Störungen >Mögliche Therapieformen" S. 215

36.1 Phobische Störungen (ICD-10: F40) - "bewirkt nun, dass all diese Reaktionen [Angst, Ausschüttung von Stresshormonen, erhöhung des Herzschlags, S chweisausbruch, schnellerer und flacherer Atem] auftreten, ohne dass jedoch eine tatsächliche Gefahr besteht." S. 216

"Normalerweise nützt uns Angst, da sie uns vor Gefahr warnt und entsprechende Maßnahmen ergreifen lässt. Dabei laufen vielfältige Mechanismen auf emotionaler - aber vor allem auch auf kognitiver, vegetativer und motorischer Ebene ab. Zentrale Steuerung ist dabei der Sympatikus als Teil des vegetativen Nervensystems. Es werden Stresshormone ausgeschüttet, unser Herzschlag erhöht sich, Schweiß bricht aus, die Atmung wird schneller und flacher. Unsere Aufmerksamkeit ist ganz auf die kritische Situation gerichtet." S. 216

"Dabei ist sie [die Angst] absolut zielgerichtet und bezieht sich auf bestimmte Objekte und Situationen, die in Folge voller Angst ertragen oder gemieden werden. Zwar weiß der Betroffene im Allgemeinen rational, dass diese Angst unbegründbar ist, aber wird vollkommen von ihr überwältigt. Sie kann von Ihrer Ausprägung her von einem leichten Unbehagen bis hin zu einer schweren Panikreaktion gehen. Schon die Erwartung einer bestimmten Situation kann zu einer Angstreaktion führen." S. 216

36.1.1 Arten von Phobien

36.1.1.1 Agoraphobie (F40.0) / ohne Angabe einer Panikstörung (F40.00) und <<mit Panikstörung>> (F41.01) "

> Angst vor großen Plätzen oder Menschenansammlungen, Reisen mit großer Entfernung, Reisen alleine. (Zur Diagnose müssen mindestens zwei Punkte zutreffen). >Bedrohlich emfpundene Situationen werden gemieden, meist wird im Verlauf nicht mehr das Haus verlassen." S. 216

36.1.1.2 Soziale Phobien (F40.1)

Beginnen meist bereits in der Jugend und "beziehen sich hauptsächlich auf das empfinden von Furcht vor prüfender Betrachtung sowie negativer Bewertung durch das menschliche Umfeld oder der Angst, sich zu blamieren. In solchen Situationen treten Symptome wie Zittern, Erröten oder Erbrechen auf. Diese Situationen werden, wann immer möglich, vermieden." S. 216

36.1.1.3 Spezifische Phobien (F40.2)

"richten sich immer auf spezielle Objekte und Situationen, die, wann immer möglich, vermieden werden. Sie sind meist in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter entstanden und können über Jahrzehnte sehr hartnäckig bestehen bleiben." S. 216

36.1.1.3.1 Arten Spezifischer Phobien

"

>Klaustrophobie - Angst vor engen und/oder verschlossenen Räumen

>Akarophopbie - Angst vor Insektenstichen, bzw. Infektionen

>Arachnophobie - Angst vor Spinnen

>Heamatophobie - Angst vor Blut

>Aktrophobie - Höhenangst" S.217

36.2 Sonstige Angststörungen (ICD-10: F41)

"[…] nicht zielgerichtet auf ein Objekt oder eine Situation, sondern treten völlig ohne einen sachlichen Stimulus auf. (Auch wenn parallel zusätzlich phobische Störungen auftreten können.

Die Angst kann sich dabei durch ein <<Angstgefühl>> ausdrücken, aber auch durch die bekannten vegetativen und kognitiven Symptome." S. 218

36.2.1 Panikstörung (ICD-10: F41.0)

"[…] Angst […] in Form einer plötzlichen Attacke […]. Diese Panikattacken sind weder durch ein besteimmtes Objekt noch durch eine bestimmte Situation ausgelöst und treten völlig unerwartet auf.

Das Angstgefühl selbst ist dabei außerordentlich intensiv und überwältigend." S. 218

36.2.1.1 Symptome

>Herzrasen

>Zittern

>Schweißausbrüche

>Schwächegefühl

>Schwindelgefühl

>Atemnotsgefühl

>Globusgefühl - Klos im Hals

>Hyperventilieren

>"Empfinden, im nächsten Moment katastrophale Konsequenzen für den Körper zu erleben (sterben, ersticken, einen Herzanfall erleiden, ohnmächtig werden, ausflippen, toben)" S. 218 >Umgebung erscheint häufig unwirklich Vgl. S. 218

"Meist erreichen die Attacken nach zehn Minuten ihren Höhepunkt und dauern um die 30 Minuten, können aber auch bis zu zwei Stunden andauern. […] [Es] entsteht bei den Betroffenen die dauerhafte Sorge (Erwartungsangst), jederzeit wieder eine solche Attacke zu erleiden, was zu einem schwerwiegenden Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug und tiefster Verzweiflung, bzw. einer fatalen Abwärtsspirale von Wahrnehmung körperlicher Empfindungen,

Bewertungen […], Angst auf emotionaler Ebene, physiologischen Stressreaktionen und schließlich wieder körperlichen Empfindungen führen kann." S.218

36.2.2 Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)

"[…] hält das Gefühl der Ängstlichkeit seit mindestens einem halben Jahr dauerhaft an, ohne dass sie sich auf bestimmte Objekte oder Situationen bezieht - sprich, sie ist <<frei flottierend>>. Meist beginnt diese

Erkrankung in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter, gelegentlich erst bei Personen um die 40." S. 219

"Ständig bedrängen ihn Vorahnungen und verschiedenste Sorgen. Betroffene grübeln befürchten, machen sich Sorgen." S. 219

"Diagnostisch ist die generalisierte Angststörung schwer zu packen, da ihre Symptomeauch bei Depressionen, Suchterkrankungen, Zwangsstörungen ect. auftreten können. Im Grunde kann sie nur diagnostiziert werden, wenn andere Krankheitsbilder ausgeschlossen sind." S. 219

36.2.2.1 Symptome der generalisierten Angststörung

>dauerhafte motorische Spannung

>vegetative Überregbarkeit

>ständige Nervosität und Muskelspannung

>zittern

>schwizten

>Schwindelgefühle >Herzklopfen

>Magenschmerzen

>Globusgefühl (Klos im Hals) Vgl. S. 219

36.2.3 Angst und depressive Störung (leicht oder mittelgradig) gemischt (ICD-10: F41.2)

Beide Störungsformen also Angst und die depressive Störung müssen "gleichermaßen einen Platz einnehmen […] zumindestens vorübergehend […] [müssen] vegetative Symptome, wie Herzklopfen, Tremor, Magenbeschwerden ect. [auftreten]." S. 219

36.2.4 Andere gemischte Angststörungen (ICD-10: F41.3)

"Diese Diagnose kann gestellt werden, wenn die Kriterien der generalisierten Angststörung zutreffen und andere deutliche Merkmale von Störungen aus den Kapiteln F40 bis F48 auftreten, aber diese nicht vollkommen erfüllen." S. 219

36.3 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

"[…] sich immer wieder aufdrängende Handlungen […] und Gedanken […]. Ein normaler Alltag ist so im Allgemeinen nicht mehr zu bewältigen, soziale Kontakte brechen ab, die eigene Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt. Der Betroffene ist fast nonstop stereotyp mit Themen wie dem Streben nach Symmetrie, Gesundheit, Sauberkeit, […] Sexualität oder Agressivität beschäftigt." S.220

"Diese Gedanken und Handlungen werden, obwohl aus dem eigenen Inneren kommend, als unangenehm, belastend und quälend empfunden, der Betroffene versucht - ohne Erfolg - Widerstand zu leisten, er empfindet sich als krank, führt aber seine Rituale weiter fort." S.220

"Obwohl zum Beispiel Zwangshandlungen als sinnlos und nicht förderlich angesehen werden, besteht doch die Befürchtung, dass etwas <<ganz Furchtbares>> geschieht, wenn Sie NICHT durchgeführt werden.

Wird versucht, die Handlungen zu unterdrücken, entstehen Angst, Unruhe und Anspannung." S. 220

"Für die Diagnose müssen die Symptome der Zwangsgedanken oder -handlungen seit mindestens zwei Wochen bestehen." S. 220

"Meist leiden an Zwangsstörungen Erkrankte zugleich an depressiven Störungen, umgekehrt können auch an deiner depressiven Störung Erkrankte Zwangsstörungen entwickeln." S.220 "Zwangsstörungen bedürfen einer Therapie, da sie unbehandelt im Allgemeinen chronisch werden." S. 221

36.3.1 Zwangsgedanken oder Grübelzwang (ICD-10: F42.0)

"[…] immer wiederkehrende Ideen, Zwangsimpulse oder bildhafte Vorstellungen […] die für den Betroffenen außerordentlich quälend sind. […] Betroffene empfinden dies als äußerst quälend und beängstigend, häufig auch moralisch verwerflich. Es gelingt aber, trotz des verzweifelten Versuchs, nicht, diese Gedanken beiseite zu schieben. Meist entwickeln sich hieraus Rituale, die die Gedanken stoppen sollen." S. 211

"Äußerst störend und einschränkend kann auch der Zwang zum Grübeln sein, verbunden mit der Unfähigkeit, wichtige Entscheidungen zu treffen." S. 221

36.3.2 Zwangshandlungen (Zwangsrituale) (ICD-10: F42.1)

"Der Betroffene befürchtet, dass wenn diese Rituale nicht durchgeführt werden […] [eine Gehfahr drohe]. Diese soll durch die zwanghaften Handlungen - die manchmal Stundenlang dauern - abgewendet werden. Das soziale Umfeld wird meist in die Handlungen mit einbezogen, was auf Dauer zu sozialer Isolation führen kann." S. 221

36.3.3 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F42.1)

"Diese Form der Erkrankung kommt am häufigsten vor. Hier vermischen sich Gedanken und Handlungen zu gleichen Teilen und bedingen einander." S. 221

36.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43)

36.4.1 Trauma

"ein Ereignis, das katastrophal oder zumindest äußerst belastend erlebt wurde. Es hat zumeist lebensbedrohliche und/oder äußerst schmerzhafte Charakteristika (zum Beispiel Vergewaltigung, Folter, Naturkarastrophen oder auch das Beobachten eines gewaltsamen Sterbens." S. 222

36.4.2 Kritisches Lebensereignis

"ein Geschehen, das den Lebensentwurf eines Menschen bedroht oder einschneidende Veränderungen bringt (zum Beispiel Trennung, Tod eines wichtigen Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes)" S. 222

36.4.3 Biografische Übergänge

"über einen längeren Zeitraum vorhersehbare Ergebnisse, die deutliche Veränderungen im Leben bringen (zum Beispiel Heirat, Verlassen des Elternhauses oder eine völlig neue Arbeitsstelle)." S. 222

"Allen Ereignissen gleich ist, dass äußere Faktoren wichtige Veränderungen im Leben der Betroffenen bringen. Das kann akut geschehen oder über einen längere Zeitraum hinweg." S.222

36.4.4 Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

Jene treten "wenige Minuten bis zu einer Stunde nach einem äußerst belastenden Ereignis" aus. Meist klingt sie auch wieder relativ schnell innerhalb 48 Stunden ab."

36.4.4 .1 Symptome einer akuten Belastungsreaktion

"

>Betäubung mit innerer Leere

>Depression, Ärger, Angst, Verzweiflung

>Antriebsminderung mit Rückzug

>motorische Unruhe mit Fluchttendenzen

>überhöhtem Herzschlag, Schwitzen

>ggf. Suizidgedanken/-handlungen

>möglicherweise Amnesie in Bezug auf das belastende Ereignis." S. 223

"Wichtig: Zur Diagnose darf es die besagten Symptome im Vorfeld nicht gegeben haben, sondern sie dürfen erst im zeitlichen Zusammenhang mit dem belastenden Ereignis aufgetreten sein." S. 223

36.4.1.2 Mögliche Therapieformen

"Es reicht häufig aus, beruhigend auf den Betroffenen einzuwirken, ihn ggf. vom Ort des Geschehens […] [eine Distanz zu schaffen]. Besteht eine Fremd- oder Eigengefährdung, kann eine stationäre Krisenintervention notwendig sein. Ansonsten hilft es <<da zu sein>>, emotionale Entlastung zu bieten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Ggf. kann eine kognitive Psychotherapie, eine Gesprächspsychotherapie oder eine psychodynamische Kurzzeittherapie helfen." S. 223

36.4.5 Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) "dauert bis zu sechs Monate an und kann in eine depressive Episode übergehen." S.223

Bei einer Einschneidend "als subjektiv auswegslos empfpundene Lebensveränderung, die aktut aufgetreten ist oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckt hat (Trennung, Tod, verändertes kulturelles Lebensumfeld, schwere körperliche Erkrankung, Arbeitsplatz- und

Schulprobleme) […] [kann eine Anpassungsstörung beim Betroffenen in Erscheinung treten]" S. 223

Dadurch entsteht "eine starke emotionale Beeinträchtigung. Der Leidensdruck ist enorm, so dass der Alltag teilweise nur äußerst schwer bewältigt werden kann." S. 223

Diesen Text noch zuordnen (Verutscht) andersartige psychische Erkrankungen jedoch ausgeschlossen werden können. Die Realitätswahrnehmung der Betroffenen ist zum größten Teil vorhanden, die Störung selbst wird dabei als krankhaft empfunden.

36.4.5 .1 Symptome einer Anpassungstörung "

>depressive Stimmung

>Beorgnis, Angst

>Gefühl der Überforderung

>Gefühl des Nicht-Zurechtkommens

>Hilflosigkeit

>Gefühl der Ausweglosigkeit

>Reizbarkeit/Agressivität

>Anspannung

>Störungen des Sozialverhaltens

>überhöhter Herzschlag

>Zittern

>Schlafstörungen

>muskuläre Anspannung

>Bei Kindern: Einnässen, Daumenlutschen, Babysprache

>Suizidgedanken/-impulse/-handlungen

36.4.5 .2 Unterteilung der Anpassungsstörung

"

>F43.20 - kurze depressive Reaktion (nicht länger als einen Monat)

>F43.21 - längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Monate)

>F43.22 - Angst und depressive Reaktion gemischt (jedoch nicht stärker ausgeprägt als F41.2 oder F41.3)

>F43.23 - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (affektive Symptome Einässen, Daumenlutschen, Babyprache bei Kindern)

>F43.24 - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens

>F43.25 - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlenn und Sozialverhalten

>F43.28 - Anpassungsstörung mit sonstigen näher bezeichneten Symptomen

>F43.29 - nicht näher bezeichnete Anpassungsströrung" S. 223, 224

36.4.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10: F43.1)

"[…] kann nach einer äußerst schweren - individuell erlebten - traumatisierenden Belastung, Verletzung, Katastrophe oder Bedrohung, wie Folter, Krieg oder Vergewaltigung auftreten - dies allerdings verzögert aber innerhalb eines halben Jahres nach dem Geschehen." S. 224 "[…] ist äußerst quällend und schränkt das gesamte Leben ein. Oft stoßen die Betroffenen zusätzlich auf Unverständnis in

ihrer Umgebung. Häufig entwickeln sich depressive Syndrome oder Abhängigkeiten von Alkohol oder Benzodiazepin-Präparaten die die Anspannung reduzieren sollen." S.225

36.4.6.1 Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung "

><<Flashbacks>> - Nachhallerinnerungen

> Nächtliche Albträume - Aufwachsen unter panischer Angst

>Bestimmte Situationen, Bilder oder Worte werden vermieden, die an das Geschehen erinnern könnten.

>Gefühl der Gefühlslosigkeit, des emotionalen Abgestumpft-Seins

>Gefühl des <<nicht mehr-dazu-Gehörens>>

>sozialer Rückzug - Entfremdung und Isolation von wichtigen Bezugspersonen

>agressives Verhalten

>Unfähigkeit, bestimmte Situationen aushalten zu können (Arbeitsplatz, Familie) >deprimierter Blick in die Zukunft

>Schuldgefühle

>Selbstvorwürfe

>Grübeln

>Überlebensschuld

>vegetative Überregtheit (Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche)

>Kozentrationsschwierigkeiten

>Gefühl, ständig "auf der Hut" sein zu müssen

>Schlafstörungen

>Schreckhaftigkeit

>Achtung! Es besteht ein hohes Suizid-Risiko " S. 224, 225

36.4.6.2 Mögliche Therapieformen

>kognitiv-behavioralen Psychotherapie

>psychodynamische Verfahren

>Pharmakatherapie

>EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitizatio and Reprocessing)" S. 225

36.4.6.2.1 EMDR-Therapie

"Hier erinnert sich der Patient an die Geschehenisse und die verbundenen Emotionen und Kognitionen des Traumas, während er Augen auf den Finger des Therapeuten fixiert. […] [Der Finger des Therapeuten bewegt er] schnell und regelmäßig während der Erzählung hin und her."

S.225

36.5 Dissoziative Störungen (ICD-10: F44)

"[…] zeichnen sich durch einen kompletten oder auch teilweisen Verlust der sogenannten integrierten Funktion des Bewusstseins oder des Gedächtnisses aus - von Identität, Erinnerung oder auch der Bewegungskontrolle. Alle - oder Teile - dieser Inhalte sind abgespalten und können nicht mehr in das eigene Erfahren und Erleben eingebunden werden. Meist geschieht dies ganz plötzlich als Abwehrmechanismus nach einem einschneidenden traumatisierenden Erlebnis, im Zusammenhang mit unerträglichen unlösbaren Konflikten oder im Rahmen von gestörten

Beziehungen." S. 226

"Als Ursache müssen für die Diagnostik andere neurologische, organische oder auch psychiatrische Erkrankungen ausgeschlossen werden, die ähnliche Symptome aufweisen, wie zum Beispiel Suchterkrankungen, Schizophrenien,

eine Angststörung, affektive Störungen, PTBS, eine akute Belastungsreaktion oder auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung." S. 226

36.5.1 Symptome von dissoziativen Störungen

>Lähmungen

>Krampfanfälle

>Amnesien

>Trancezustände Vgl. S. 226

36.5.2 Auswirkungen von dissoziativen Störungen

>"teilweise ein außerordentliches Leidenspotenzial" S. 226

>"ausgeprägte psychosoziale Konsequenzen im Privat- und Berufseben." S.226

>"agressive Impulse und Suizidalität" S. 226

36.5.3 Mögliche Therapieformen

> "Phänomene sind schwer zu packen." S. 226

> "Psychopharmaka können ggf. punktuell eingesetzt werden (bei Angst und Schlafstörungen), haben ansonsten jedoch kaum Wirkung." S. 226 > "Psychotherapeutisch können die Betroffenen schwer angesprochen werden." S. 226

> "Psychodeucativ tätig werden" & "Auf Ursachensuche gehen" S. 226

> "kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch" S. 226

> "Gut sprechen Betroffene auch auf gruppentherapeutische Konzepte an." S. 226

36.5.4 Unterformen

36.5.4.1 Dissoziative Amnesie (IDC-10: F44.0)

> "Gedächtnisverlust bezüglich vergangener Ereignisse rund um ein erlebtes traumatisches Geschehen." S. 227

> "Länge und Vollständigkeit können dabei variieren, gehen aber weit über eine übliche Vergesslichkeit hinaus." S. 227 > "Häufig sind die Betroffenen ratlos, gequält, suchen Aufmerksamkeit." S. 227

> "Gelegentlich wandern sie ziellos ein/zwei Tage umher." S. 227

> "Meist trifft dieses Phänomen junge Erwachsene." S. 227

36.5.4.2 Dissoziative Fugue (IDC-10: F44.1)

Der Betroffene verlässt "plötzlich, aber absolut zielgerichtet und organisiert sein übliches Umfeld. Ziel ist häufig ein Ort, mit dem er eine emotionale Bindung hat. […] Sämtliche Beziehnungen werden abgebrochen, es wird gelegentlich sogar eine neue Identität angenommen. [...]
[Obwohl keinerlei Erinnerung] an die Vergangenheit vorhanden ist, kann der Betroffene problemlos alle nowendigen Handlungen durchführen, [und] ist für seine Umgebung vollkommen unauffällig." S. 227

36.5.4.3 Dissoziativer Stupor (IDC-10: F44.2)

> "Einschränkung der normalen Reaktion auf äußere Reize." S. 227

> "Teilnahmslosigkeit und fehlende Ansprechbarkeit." S.227

>"scheint ganz nach innen gerichtet zu sein." S. 227

>"häufig in Zusammenhang mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder auch Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs." S.227

36.5.4.4 Trance- und Besessenheitszustände (IDC-10: F44.3)

> "verliert der Betroffene für eine gewisse Zeit seine Identität" S. 227

> "die Wahrnehmung der Umgebung ist meist eingeschränkt." S. 227

> "Mimik und Gestik sind reduziert und monoton" S. 227

> "Ausgeschlossen aus dieser Diagnose sind übrigens freiwillig herbeigeführte Trancezustände wie in religiösen Ritualen" S. 227

36.5.4.5 Dissoziative Bewegungsstörungen (IDC-10: F44.4)

> "zeigen sich durch Lähmungserscheinungen oder Schwäche in einzelnen Körperpartien." S. 228

> "Dabei kann die Koordination gestört sein (Ataxie)" S. 228

> "kann unfähig sein zu stehen (Atasie)" S. 228

> "[kann unfähig sein] ohne Hilfe zu gehen (Abasie)" S.228

> "Gelegentlich […] Schütteln [ausgeprägt] von Körperteilen" S.228

> "Stimmverlust, bzw. Sprechstörungen" S.228

36.5.4.6 Dissoziative Krampfanfälle (IDC-10: F44.5)

> Es kommt zu "plötzlichen, unerwarteten, heftigen krampfartigen Bewegungen." S. 228 > "Üblich sind auch sogenannte Synkopen (Ohnmachtsanfälle)" S. 228

36.5.4.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (IDC-10: F44.6)

>"Gefühllosigkeit oder Empfindungsstörungen in Hautarealen bestimmter Körperteile oder auch des gesamten Körpers" S. 228

>"Sinneswahrnehmung (Sehen, Hören oder Riechen) [werden] als eingeschränkt oder völlig fehlend ([…] Taubheit, Blindheit, Tunnelsehen, Verlust des Geruchs)" beschrieben. S. 228

36.5.4.7 Gemischte dissoziative Störungen (IDC-10: F44.7)

>"wenn sensorische und motorische Phänomene zur gleichen Zeit auftreten." S. 228

36.5.4.8 sonstige dissoziative Störungen (IDC-10: F44.8) | multiple Persönlichkeit, Ganser-Syndrom

36.5.4.8.1 Multiple Persönlichkeit

"Niemals treten diese Persönlichkeiten gemeinsam auf, sondern nur separiert, keine Persönlichkeit hat Einfluss auf die andere. Wechseln sich die Persönlichkeiten ab, so kann das recht schnell geschehen. Ursächlich sollen schwerste Traumata in der Kindheit sein." S. 229

"Die Wissenschaft streitet noch darüber, ob es soetwas wie eine <<multiple Persönlichkeitsstörung>> tatsächlich existiert" S. 229

36.5.4.8.2 Ganser-Syndrom / Vorbeiantworten (nach Sigbert Josef Maria Ganser) "systematisch, demonstrativ und provokativ" S. 229

http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_ganser.pdf

"wenn sich Täuschungsversuche durch besonders groteske seelische Besonderheiten und Fehlhandlungen auszeichnen." S. 1 aus PDF Datei "Das Ganser-Syndrom ist ein eigenar[ges Phänomen des Vorbei-Redens, Vorbei-Handelns und Nicht-wissen-Wollens"S. 2 in PDF Datei

"Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, vermochten nicht rich[g beantwortet zu werden, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich erfasst ha\en." S. 3

36.6 Somatoforme Störungen ICD-10: F45

"[…] dauerhafte Auftreten körperlicher Beschwerden, die jedoch keinerlei pysische Ursachen haben. Die Betroffenen beharren, auch nach umfangreichen Untersuchungen, auf ihrem Gefühl, körperlich erkrankt zu sein und fordern zumeist weitere medizinische Untersuchungen. Die Gedanken kreisen meist nur noch um die vermeintliche Erkrankung, soziale Kontakte werden zunehmend beeinträchtigt. Die Möglichkeit einer psychischen Ursache schieben sie weit von sich. […] Meist tritt diese Störung in Folge einer vorübergehenden körperlichen Erkrankung und auch von kritischen Lebensereignissen oder Konfliktsituation auf. S. 230

36.6.1 Subtypen somatoformer Störungen "

>[36.6.1.1] Somatisierungsstörung (F45.0)

>[36.6.1.2] Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

>[36.6.1.3] Hypochondrische Störung (F45.2)

>[36.6.1.4] Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

>[36.6.1.5] Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)" S. 231

36.6.1.1 Somatisierungsstörung (F45.0)

"[…] seit mindestens zwei Jahren [bestehen] verschiedene Körpersymtome, für die sich trotz intensiver Diagnostik bei wechselnden Ärtzten keine körperliche Ursache findet." S. 231

"Dabei treten mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei der im Folgenden beschriebenen Gruppen auf: >Kardiovaskulär: Brustschmerzen, Atemlosigkeit (ohne Anstrengung)

>Gastrointensial: Übelkeit, Bauchschmerzen, Gefühl von Blähungen, Erbrechen, häufiger Durchfall, extrem belegte Zunge oder schlechter Geschmack im Mund

>Haut und Schmerzen: Farbveränderungen oder Fleckigkeit der Haut, Schmerzen in Gliedern, Gelenken oder Extremitäten, Taubheit oder Kribbelgefühle > Urgogenital: Häufiges oder gehemmtes Urinieren, quälende Gefühle im Genitalbereich, verstärkter oder ungewöhnlicher vaginaler Ausfluss." S. 231

36.6.1.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

"[…] bestehen aber umfangreiche körperliche Beschwerden, für die es keine somatische Ursache gibt [und bestehen jene noch nicht zwei volle Jahre], so spricht man von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung." S. 231

36.6.1.3 Hypochondrische Störung (F45.2)

"[…] der Betroffene [ist] seit über einem halben Jahr der Überzeugung, an einer schweren körperlichen Krankheit, wie zum Beispiel AIDS oder Krebs, erkrankt zu sein, auch wenn zahlreiche umfangreiche Untersuchungen das nicht bestätigen können. Zunächst ist der Betroffene erleichtert, schnell zweifelt er diese Ergebnisse jedoch wieder an und er lässt sich erneut untersuchen. Dabei kennt er sich selbt mit den befürchteten Krankheiten und den dazugehörigen körperlichen Beschwerden hervorragend aus, ist ausgesprochen medizinisch informiert." S. 232

36.6.1.3.1 Dysmorphophobi als eine Variante von hypochondrischen Störungen

"[…] bei dem ein vermeindlicher <<Schönheitsfehler>> besteht (krumme Nase, dicker Bauch), der im Zentrum seiner ungeteilten Aufmerksamkeit steht, obwohl er von der Umgebung nicht als Schönheitsfehler eingestuft wird. Trotzdem fühlt sich der Betroffene missgebildet und entstellt." S. 232

36.6.1.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

"[…] vielfältige hartnäckige und störende Symptome [werden] verpürt, die auf eine vegetative Erregung hindeuten, zum Beispiel Herzrasen, erhöhter Harndrang, Magenbeschwerden, Mundtrockenheit, Hitzewallungen ect. […] Typisch sind auch die Beschreibungen von fließenden

Schmerzen, Schwere, Brennen, Enge, Aufblähung, Auseinanderziehen." S.232

36.6.1.4.1 Betroffene Systeme

"

>Kardiovaskulär (zum Beispiel "Herzneurose", Da-Casta-Syndrom)

>Oberer Gastrointestinaltrakt (zum Beispiel Luftschlucken "Magenneurose")

>Unterer Gastrointestinaltrakt (Durchfall, Flatulenz)

>Respiratorisch (Hyperventilation)

>Urogenital (zum Beipspiel gesteigerter oder gehemmter Harndrang)" S. 232

36.6.1.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

"[…] kann diagnostiziert werden, wenn seit über sechs Monaten an einem Großteil der Tage ein belastender und anhaltender Schmerz besteht, der nicht

durch pysische Faktoren ausreichend erklärt werden kann. Dabei liegt schließlich der gedankliche Hauptfokus des Betroffenen auf diesem Schmerz, den sie gleichzeitig nutzen, um Betreuung, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Tatsächlich besteht diagnostisch ein Zusammenhang mit emotionalen und psychosozialen Konflikten." S. 233

36.7 Sonstige neurotische Störungen ICD-10: F48

"Die Ursachen für diese Erkrankungsformen sind noch nicht geklärt. Vermutet werden belastende Lebensereignisse, Konflikte, körperliche Erkrankungen und/oder eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur." S. 234

36.7.1 Neurasthenie (ICD-10: F48.0)

"Die Ursachen für diese Erkrankungsformen sind noch nicht geklärt. Vermutet werden belastende Lebensereignisse, Konflikte, körperliche Erkrankungen und/oder eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur." S. 234

36.7.1.1 Chronic Fatigue Syndrom

"[…] eine dauerhafte Müdigkeit inklusive einer leichten Ermüdbarkeit […]" S. 234

36.7.1.2 Multiple Chemical Sensitivity

"bei der sich die Symptome auf körperliche Störungen fokussieren. Es treten Nahrungsmittelunverträglichkeiten auf, neurologische Beschwerden, aber auch eine übermäßige Geruchsempfindlichkeit. Die Betroffenen vermuten selbst zumeist die Ursache in Umweltfaktoren
(zum Beispiel Elektrosmog oder Umweltgifte)" S. 234

36.7.1.3 Fibromylgie-Syndrom

"klagen Betroffene über Schmerzen, die zunächst lokal zu spüren sind, sich aber im Verlauf ausbreiten. Meist handelt es sich um Schmerzen in den Sehnenansätzen und Muskel, aber auch an 18 sogenannten "Tender Points" (den Hauptschmerzpunkten unseres Körpers)." S. 234

36.7.2 Depersonalisations- und Derelisationssyndrom (ICD-10: F48.1)

"[…] die eigene Person oder auch die Umgebung [erscheint] fremd, entfernt, verändert, künstlich. […] annormal, losgelöst […] oder dass ihnen ihr Denken und Empfinden fremd erscheint." S. 234 "[…] mit anderen psychischen Erkrankungen wie depressiven Episoden, Schizophrenie oder Panikstörungen [tritt dieses Syndrom meist auf]." S. 235

36.7.3 sonstige neurotische Störungen (ICD-10: F48.8)

"[…] Mischung von Störungen von Verhalten, Emotionen und Überzeugnungen." S. 235

36.7.4 Angehörigenarbeit

"Nützlich kann auch in vielen Fällen eine Angehörigenarbeit sein, dies vor allem in psychodeukativer Richtung. Eine Aufklärung über eine Erkrankung eines einem nahestehenden Menschen du Hinweis über den richtigen Umgang der Erkrankung kann vieles von der Belastung des
Sozialen Umfeldes nehmen." S. 239

37. Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10: F5)

37.1 Ess-Störungen (ICD-10: F50)

"[…] nicht-organisch oder durch andere psychische Erkrankungen ausgelöste Krankheitsbilder handelt, bei denen sich die Gedankenwelt um die Angst, dick zu werden oder zu sein dreht, das Essverhalten abnorme Formen animmt, sowie Störungen der Körperwahrnehmung und sowie weitere Folgen auf das psychische Empfinden zentrale Themen sind. Daher überschneiden sich die Krankheitsbilder auch öfter einmal oder aus der einen Störung entwickelt sich eine andere." S. 241

37.1.1 Anorexie (ICD-10: F50.0/F50.1)

"[…] einen bewusst herbeigeführten hohen Gewichtsverlust. Die Betroffenen sind auffallend dünn […] und empfinden sich trotzdem, wenn auch objektiv untergewichtig, als immernoch zu dick. Der Körper wird als Feind angesehen, alle Bedürfnisse werden verdrängt. [...] Die Betroffenen glauben, dass alle ihre Probleme gelöst seien, wenn sie nur dünn wären. Schwierig für die Umwelt ist vor allem, dass die […] körperlichen Probleme durch den Mangelzustand durch die Betroffenen verleugnet werden." S. 242

"Die Themen <<Essen>>, <<Kalorien>> und <<Abnehmen>> stehen im Mittelpunkt des Denkens. Die Betroffenen ziehen sich immer mehr zurück, können depressiv werden, Angst- oder Zwangsymptome können folgen. Diese Form des Abmagerns kann sehr schnell lebensbedrohlich werden." S. 242

"Die Betroffen wollen nicht nur dünn, sondern auch erfolgreich in Schule und Beruf sein. Andere Lebensbereiche, wie Körperpflege, Ordnung, das Sammeln oder Kontrollieren können zwanghaft werden. Sie stellen hohe Ansprüche an sich - und andere." S. 242

37.1.1.1 Mögliche Ursachen der Anorexie

"[…] multifaktorielles Geschehen […] mit einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren.

>Familienstruktur […] [z.B.] Bedürfnisse und Gefühle [dürfen] nicht geäußert werden

>Soziokulturelle Faktoren (Schönheitsideal in der Gesellschaft, Selbtwerterleben nur durch körperliche Attraktivität. Leistungsdruck)

>Lernprozesse (Verlerntes Gefühl von Hunger und Sättigung, Anerkennung bei einer Gewichtsabnahme)

>Dysfunktionale Kognitionen/unbewusste Konflikte (irrationale Denkprinzipien, unbewusste Konflikte […]

>Biologische Faktoren (genetische Prädisposition, möglicherweise eine zentrale serotogene Dysfuntkion)

>akute oder chronische Belastungen (Trennungen, neue Anforderungen, Leistungsdruck oder Angst vor körperlicher Erkrankung)" S. 243

37.1.1.2 Folgen der Anorexie / körperliche Folgeschäden

"Bei Frauen: Amenorrhoe (ausbleibende Monatsblutung), bei Männern: Potenzstörungen […] brüchige Haare, Haarausfall […] trockene Haut […] kortikale Atrophie (Verlust der Hirnsubstanz) […] Bradykardie (geringe Herzfrequenz) […] geringe Körpertemperatur (leichtes Frieren) Arrythmien […] othostatische Dysregulation (labiler Kreislauf) […] Akrozyanose (blauer Finger, Zehen, Ohren oder eine blaue Nase) […] Osteoporose […] gastrointestinale Störungen (Verstopfung, Blähungen, verzögerte Magenentleerung ect.) […] Veränderung der Körperbehaarung

(Haarflaum) […] Wachstumsstörungen […] Hypothermie […] Blutbildveränderungen […] Ödemie […] Schädigung von Leber und Niere" S. 243, 244

37.1.2 Bulimie / Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2/F50.3)

"Die Betroffenen sehen sich als <<zu Fett>> und haben dauerhaft Angst, dick zu werden. Ihre persönliche Gewichtsgrenze haben sie genau (und recht niedrig) festgelegt. Belastend ist vor allem das Doppelleben, dass die Betroffenen führen. […] Auf Dauer führt die Bulimie zu einem sozialen Rückzug, da diese Erkrankung pysisch und psychisch an den Kräften zehrt. Es werden ritualisierte Zwangshandlungen durchgeführt, vor allem in Begleitung der übermäßigen Nahrungsaufnahme oder während des Vorgangs des Erbrechens. Besonders schwierig wird es, wenn komorbide Störungen […] hinzukommen. S. 244

37.1.2.1 Ursachen der Bulimie

"Betroffene haben häufig eine schwere Selbstwertproblematik. Sie orientieren sich stark an sozialen Normen und an der Meinung anderer. […] in der Familien [der betroffenen findet man] häufig affektive Störungen, Alkoholabhängigkeit, Angsterkrankungen, Übergewicht oder andere
Ess-Störungen." S. 245

37.1.2.2 Folgen der Bulimie / körperliche Folgeschäden

"Parotitis (Entzündung der Ohrspeicheldrüse) […] Schäden am Zahnschmelz, schwere Karies […] Herzrhytmusstörungen […] Herz-Kreislauf-Störungen […] Haarausfall […] Schwindel und Müdigkeit […] Abnahme von Konzentration und Leistungsfähigkeit […] Ösophagitiden (Entzündung der Schleimhaut und Speicheldrüse) […] Pharyngitiden (Entzündung der Rachenschleimhaut) […]

rezidivierende Pankreatitden (Bauchspeicheldrüsenentzündung) […] Schwielen oder Verätzungen an Fingern oder Handrücken (durch das Herbeiführen des Erbrechens) […] diabetische
Entgleisungen […] Gastriden (Magenschleimhautentzündung) […] Magendilation (Magendrehung) […] Niereninsuffizienz […] Verstopfung / träger Darm […] gelegentlich Amenorrhoe." S. 246

37.1.3 Binge Eating Disorder (ICD-10: F50.9)

"[…] heimliche Essanfälle (mindestens an zwei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten) […] Hunger- und Sättigungswahrnehmung sind gestört […] Dadurch entsteht im Allgemeinen bei den Betroffenen zum Teil ausgeprägtes Übergewicht. […] Auslöser können
Langeweile, Wut oder Trauer, manchmal auch Trotz, sein. […] Die Anfälle selbst werden als zwanghaft und hemmungslos empfunden." S. 246

37.1.3.1 Ursachen der Binge Eating Disorder

"[…] man vermutet […] Mischung aus genetischer Dispotisiton, psychischen (depressive Syndrome, Angsterkrankungen, Pesönlichkeitsstörungen) und soziokulturellen Faktoren." S. 247

37.1.3.2 Folgen der Binge Eating Disorder / körperliche Folgeschäden

"Völlegefühl […] Bauchschmerzen […] Atembeschwerden […] Übergewicht" S. 247

37.2 Exkurs: Adipositas (ICD-10: E66.0)

"[…] Körperfettanteil [ist] im Verhältnis zu der Ganzkörpermasse zu hoch. […]" S. 248

37.2.1 Ursachen der Adipositas

"[…] Mischung von genetischen, psychosozialen […] und soziokulturellen Faktoren (großes, leicht verfügbares Angebot an Nahrungsmitteln in unserer westlichen Welt)" S. 248

37.2.2 Folgen der Adipositas / körperliche Folgeschäden

"arterielle Hypertonie […] Herzinsuffizienz und Herzinfarkt […] Schlaganfall […] Lungenembolie […] Diabetes mellitus […] Gicht […] Erhöhter Cholesterinspiegel […] metabolisches Syndrom […] Gallenblasenerkrankungen […] Krebserkrankungen […] Grauer Star [...] Schlafapnoe [...] Gelenkschäden […] Rückenprobleme […] Schwangerschaftsprobleme" S. 249

37.3 Therapien

"Da die Ess-Störungen multifaktoriell bedingte Erkrankungen sind, müssen sie auch entsprechend multifaktiorell behandelt werden. Diese mehrdimensionalen Therapiekonzepte beeinhalten: >Ernährungsrehabilitation bei der Anorexie (kontrollierte Gewichtszunahme bis zu einem Normalgewicht [nur im äußersten Notfall mit Magensonde]) >[Ernährungsrehabilitation bei] Adipositas (kontrollierte Gewichtsabnahme bis zu einem Normalgewicht) >Behandlung der Folgeerscheinungen

>Ernährungsberatung inklusive dem <<Einüben>> eines angemessenen Essverhaltens und dem Hören auf den eigenen Körper

>Bewegung und dem Gewicht entsprechende sportliche Betätigung bei Binge Eating Dirsorder und Adipositas

>Psychosoziale Rehabilitation (Einzel-Psychotherapie [inklusive Wahrnehmungstraining], Verhaltenstherapie bei Adipositas, Familientherapie, Selbsthilfegruppe - stationär und teilstationär)

>falls notwendig medikamentöe Therapie

Man arbeitet bei der Therapie hierarchisch - so zuerst an den lebensbedrohlichen und die Therapie untergrabenen Verhaltensweisen, um so schließlich weiter behandeln und aufbauen zu können. Hauptziel der Therapie ist im Endeffekt, die Betroffenen soweit zu stärken, dass die

Ess-Störung schließlich nicht mehr <<notwendig>> ist. Ob sie stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden sollte, hängt von der Gesamtkonstitution der Betroffenen ab. […] Problematisch ist es bei Erkrankten vor allem, dasss selten eine Therapiemotivation besteht und gleichzeitig Machtkämpfe unter den einzelnen Patienten aufkommen. […] bei Ihnen muss die Hemmschwelle zur Therapie abgebaut werden. " S. 249, 250

37.4 Nicht-organische Schlafstörungen (ICD-10: F51)

"[…] verschiedenster psychicher und körperlicher Erkrankungen […] können zur Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen. […] organische Ursachen und psychische Grunderkrankungen [sollten ausgeschlossen werden z.B. Schlaflabor] […]

Hierzu nutzt man optimalerweise ein Schlaffragebogen und/oder ein Schlaftagebuch, dass der Patient führen soll und aus denen entsprechende Schlüsse zum Beispiel in Bezug auf Schlafdauer, Ein-/Durchschlafstörungen, Umgebungsbedingungen, Schlafgewohnheiten oder im Hinblick auf den Schafrythmus ziehen kann. […] etwaige Drogen- oder Medikamenteneinnahme

[als auch] eine Familien- und Fremdanamnese [sind weitere Faktoren]" S. 251, 252 37.4.1 Unterteilung von Schlafstörungen

37.4.1 .1 Dyssomnien

"[…] Störungen in Form von Ein- oder Durchschlafstörungen, meist verbunden mit einer verstärkten Tagesmüdigkeit." S. 252

37.4.1 .2 Parasomnien

"[…] Störungen, die beim (teilweisen) Aufwachen oder beim Wechsel von Schlafphasen auftreten und den Schlaf unterbrechen. Das können zum Beispiel Albträume sein oder der Pavor nocturnus." S. 252

Unterteilungen gemäß ICD-10 sind: "Insomnie […] Hypersomnie […] Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus […] Schlafwandeln […] Pavor nocturnus […] Albträume" S. 252

37.4.2 Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0)

"[…] Einschlaf- oder Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität […] auch frühmorgendliches Erwachen [mindestens] drei Mal in der Woche für mindestens einen Monat." S. 253 "[…] Führt zu Müdigkeit am Tag und Leistungseinbußen." S. 253

37.4.3 Nicht-organische Hypersomnie (ICD-10: F51.1)

"[…] ausgeprägte Schläfrigkeit am Tag […] Schlafattacken oder einer längeren Übergangszeit im Prozess des Wachwerdens - und das täglich und länger als ein Monat, ggf. auch in wiederkehrenden Perioden von kürzerer Dauer." S. 253

" Der Betroffene wird nie <<richtig wach>>. Er hat große Probleme in der Schule, bzw. Arbeitsplatz, verspätet sich häufig, leidet unter mangelnder

Konzentration und geringer Leistungsfähigkeit. Der Leidensdruck ist häufig hoch." S. 253

37.4.4 Exkurs zu verwandten Störungen

37.4.4.1 Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)

"[…] unter starker Tagesmüdigkeit bis hin zur Schläfrigkeit […] Kopfschmerzen am Morgen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis [ist eingeschränkt], Verwirrtheitszuständen und Potenzstörungen." S. 254

37.4.4.2 Narkolepsie (ICD-10: G47.4)

"[…] Gefühl der Müdigkeit und Einschlafattacken, es folgen im Verlauf Katalepsien (Muskelgruppen erschlaffen anfallartig ohne Bewusstseinsverlust), hypnagoge Halluzinationen (meist negativ, im Allgemeinen visuell und sehr lebhaft), Schlafparalyse (kurz nach dem Aufwachen können die Betroffenen weder sprechen noch sich bewegen) und automatische Handlungen (monotone, bekannte Handlungen werden quasi im Halbschlaf vollzogen). Oft leiden sie an häufigen Wachzeiten in der Nacht. […] Die Ursache findet man in genetischen Faktoren

(dem HLA-DR2-Gen)" S. 254

37.4.4.3 Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G425.81)

"[…] im Ruhezustand abends oder nachts Schmerzen, ein Reißen, Ziehen oder Spannungsgefühl in den Beinen. Die Beine können kaum ruhig gehalten werden." S. 254

37.4.5 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rythmus (ICD-10: F51.2)

"[…] der persönliche Rhythmus [stimmt] nicht mit jenem, der von außen vorgegeben ist [z.B. Wechsel von Tag und Nacht], überein." S. 256

"Dies führt zu Schlaflosigkeit oder Hypersomnie mit verminderter Leistungsfähigkeit. Das kann bei Jetlag der Fall sein, aber auch- und das ist auf Dauer kritisch - bei Schichtarbeitern. Gleichzeitig kann es aber auch bei extremen Früh- oder Spätaufstehern vorkommen, die nicht nach ihrem [d.h. dem natürlichen Tages]Rhythmus leben können." S. 255

"Diese Störungen können bei hohem Leidensdruck im Allgemeinen nur dadurch behandelt werden, dass die Lebensumstände entsprechend verändert werden." S. 255

37.4.6 Schlafwandeln / Somnambulismus (ICD-10: F51.3)

"[…] steht für einen Zustand, in dem sich der Betroffene in einer veränderten Bewusstseinslage befindet. […] meist in der ersten Nachthälfte […] Der Betroffene befindet sich im Tiefschlaf, hat jedoch die Augen geöffnet, sitzt im Bett, spricht, gestikuliert, nestelt an der Bettdecke oder läuft sogar im Raum umher. Reaktivität und Geschicklichkeit sind dabei vermindert. Er reagiert kauf auf Ansprache und ist nur mit äußersten Schwierigkeiten zu wecken. […] Nach dem Aufwachen kann sich der Betroffene kaum an das Geschehene erinnern." S.255

37.4.7 Pavor nocturnus (ICD-10: F51.4)

"[…] erwachen die Betroffenen in der ersten Nachthälfte schreiend voller Furcht und Panik. Sie sind in äußerster Erregung, setzen sich zumeist direkt auf, sind aber vorübergehend desorientiert. Manchmal stürzen sie auch direkt zur Tür, ohne aber den Raum zu verlassen." S.256

"Oft treten Pavor nocturnus und Somnambulismus gemeinsam auf." S. 256

37.4.8 Albträume (ICD-10: F51.5)

"[…] Träume [werden] als beängstigend, lebensbedrohlich oder beschämend erlebt. Egal wie merkwürdig die Inhalte eigentlich sind, so werden sie doch als äußerst real und emotional erlebt. Oftmals wiederholen sich im Leben bestimmte Albtraum-Themen." S. 256 "Neben belastenden Lebensphasen kommen auch psychische Erkrankungen wie die postraumatische Belastungsstörung, in Betracht, aber auch bestimmte Substanzen (Alkohol, einige Antidepressiva)." S. 256

37.4.9 Therapien

"Bei allen nicht-organischen Schlafstörungen müssen zunächst internistische und neurologische Erkrankungen sowie die Einnahme von schlafstörenden Medikamenten und Suchtmitteln ausgeschlossen werden." S. 257

"Handelt es sich bei der Grunderkrankung um eine psychische, so wird zunächst diese behandelt. Bleibt trotzdem eine Schlafstörung und besteht ein Leidensdruck, so kann man verschiedene Methoden in Kombination anwenden:

1) Führen eines Schlaftagebuchs und dessen Auswertung

2)Bearbeitungen individueller Konfliktsituationen (Überforderung im Alltag, Probeme und Sorgen)

3)psychotherapeutische Intervention auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis >Informationen über den <<normalen>> Schlaf

>erlernen spezifischer Strategien >Erlernen von Schlafhygiene

>Lernen von Entspannungsverfahren (zum Beispiel Progressive Muskelrelation)

>Paradoxe Intervention (zum Beipspiel lange Wach im Bett liegen zu bleiben)

>Stimuluskontrolle (ins Bett nur bei ausgeprägter Müdigkeit)

>Schlaf herauszögern (Schlafrestriktion)

>kognitive Restrukturierung (Überprüfen von bisherigen Kognitionen, wie <<Nur zehn Stunden Schlaf sind gesund.>>

>Erlernen von Biofeedback-Techniken (willentliche Lenkung unbewusster Körpersignale über das Gehirn)" S. 257

38. Nicht-organische Sexualstörungen / die drei Bereiche von Störungsbildern nach ICD-10 / siehe auch Sexualtherapeuten Masters und Johnson

"

>Sexuelle Funktionsstörungen

>Störungen der Geschlechtsidentität >Störungen der Sexualpräferenz

[…] gestörte oder abweichende Sexualität [werden] in unterschiedlichen Kulturen ganz verschieden gewertet." S. 259

38.1 Exkurs der Begrifflichkeiten

"

>Biologisches Geschlecht: Bestimmt durch die Chromosomen, äußert sich durch die inneren und äußeren und die sekundären Geschlechtsmerkmale

>Geschlechtidentität: ein rein subjektives Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht.

>Sexuelle Orientierung: Ausrichtung auf Partner eines bestimmten Geschlechts (hetero-, homo- oder bisexuell) >Sexuelle Präferenz: sexuelle Vorlieben

>Geschlechterrolle: Erwartungen an die Gesellschaft als Einfluss auf das eigene geschlechtsspezifische Rollenverhalten" S. 260

38.2 Nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52)

Unterscheidungsmerkmale "

>Primäre sexuelle Funktionsstörungen, die bereits ein Leben lang bestehen

>Sekundäre sexuelle Funktionsstörungen, die erworben wurden und

>generalisierten sexuellen Funktionsstörungen, die dauerhaft bestehenden

>situativen sexuellen Funktionsstörungen, die nur in ganz bestimmten Situationen auftreten." S. 260

"Sexuelle Funktionsstörungen gehören zu den häufigsten Störungsbildern […] Sie beschreiben Störungen im Sexualverhalten und der sexuellen Funktionen und Reaktionen." S. 261

38.2.1 Sexuelle Appentenzstörungen ([ICD-10: Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0) und sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.1)] siehe S. 261 38.2.2 Erregungsstörungen [ICD-10: Versagen genitaler Reaktionen (F52.2)] S. 262

38.2.3 schmerzhafter Geschlechtsverkehr [ICD-10: F52.5 und F52.6] S. 262

38.2.4 Orgasmusstörungen [ICD-10: F52.3 und F52.4] S. 262

38.2.5 Therapiemöglichkeiten der nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

"Bitte beachten Sie, dass nicht selten eine holistische Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Allgemeinartzt, Frauenarzt oder Urologen angeraten sein kann, denn man sollte niemals organische und somatische Ursachen einer Funktionsstörung ausschließen. Psychotherapeutisch geht man zunächst auf die

Suche nach den Ursachen, um danach eine Therapie zu entwickeln. […] die Ursachen [können] vielfältig sein." S. 263

"Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen (zum Beispiel der Sexualtherapeuten Masters und Johnson) von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch physiotherapeutische Verfahren." S. 263

"Bei jeder Form der Sexualtherapie muss der vorhandene Partner mit einbezogen werden." S. 263

38.3 Psychische Verhaltenstörungen im Wochenbett (ICD-10: F53)

"psychische Störungen […] innerhalb der ersten sechs Wochen nach einer Geburt […] Sie kommen häufig vor, sind aber zumeist von kruzer Dauer. Ursächlich werden zum einen die hormonelle Umstellung gesehen und natürlich auch die neue Lebenssituation. […] Zwei Störungen kommen häufig vor: Die Wochenbettdepression und die Wochenbettspsychose." S. 264

38.3.1 Wochenbettdepression (ICD-10: F53.0) nicht zu verwechseln mit Babyblues (postportales Stimmungstief)

"[…] tritt in den ersten beiden Wochen nach der Geburt auf. Meist herrscht die Angst, das Neugeborene nicht genügend versorgen oder mit der Gesamtsituation nicht klarkommen zu können. Es treten bei den Betroffenen Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit,
Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen und körperliche Erschöpfung auf. Belastend sind zudem die Selbstvorwürfe […] [z.B weshalb man nicht glücklich

ist, obwohl man doch frisch mutter geworden ist) und oftmals auch Unverständnis von außen. […] Meist vergeht die
Verstimmung nach wenigen Wochen, die Erkrankung kann aber jedoch schwer über die Entwicklung von Zwängen bis hin zu Suizidgedanken gehen. […] Helfen kann eine Gruppentherapie mit ähnlich betroffenen Müttern." S. 264

38.3.2 Wochenbettpsychose / Puerpalpsychose (ICD-10: F53.1)

"Betroffene leiden unter einer äußerst schweren Depression, bzw. Erregtheitszuständen. Sie leiden unter Halluzinationen, sind labil, ängstlich, ratlos und voller Schuldgefühle. Ebenso können Wahnvorstellungen dazukommen, das Ich-Erleben kann gestört sein. Die Frauen fühlen sich ggf. <<von außen>> beeinflusst oder denken zum Beispiel ihr Kind sei vertauscht. Manchmal sind sie auch der Überzeugung, ihr Kind sei diabolisch - oder heilig." S. 264 "Zumeist [geht] der Kontakt zur Wirklichkeit verloren […] das Suizidrisiko, sowie die Gefahr der Schädigung des Kindes [ist] hoch." S. 265

38.4 Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen (ICD-10: F55)

"Im Gegensatz zum abhängig machenden Substanzen kommt es eher zu keiner Sucht […] Schädlich ist hier, dass die Medikamente in unnötigen Kontexten in Überdosis mit ggf. negativen körperlichen Auswirkungen [eingenommen werden]" S. 266

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

39. Personlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)

"Die Persönlichkeit eines Menschen ist sehr komplex sowie absolut individuell und drückt sich über das Denken, Fühlen, Wahrnehmen sowie den Beziehungen zu anderen aus. Ihre Entwicklung fußt auf mannigfaltigen Faktoren genetisch-biologischer und psychosozialer Art und ist an keiner Stelle des Lebens abgeschlossen. Sie zu beschreiben, ist oftmals nicht leicht." S. 268

"Als nützliche Basis dient dabei zum Beispiel das Fünf-Faktoren-Modell (Big Five), dass jeweils die Ausprägung einzelner Persönlichkeitsmerkmale beschreibt:

>Extraversion/Introversion (Kontaktfreudigkeit) >Neuroizismus (emotionale Stabilität)

> Offenheit (aus neuen Erfahrungen lernen können, Kreativität)

>Gewissenhaftigkeit (mit Anforderungen und Aufgaben sorgfältig umgehen können)

>Soziale Verträglichkeit (friedfertiges Verhalten nach Außen)" S. 268

"Störende Verhaltens- und Empfindungsmuster sind […] über einen langen Zeitraum stabil und führen zu deutlichen Einschränkungen in der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Ursachen und Beginn lassen sich meist im Kindes- und Jugendalter finden und sind weder organisch noch durch andere psychische Störungen begründet. Die Persönlichkeitsstörung hat sich quasi aus einer Strategie entwickelt, mit Defiziten zu dieser Zeit klar zu kommen, sie zu <<überleben>>.

Infolge entstehen Fehlinterprätationen in der Wahrnehmung und im Verhalten sowie in der Kommunikation mit der Umwelt. Ergänzend gehen neurobiologische und genetische Ansätze von einer entsprechenden Vorbelastung, sogenannten genetischen <<Temperamentsfaktoren>>, aus, die mit externen Einflussfaktoren korrelieren." S. 268

"Um Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren, müssen neben den Symptomen so viele individuelle Aspekte des Lebens wie möglich herangezogen werden. Nützlich ist dabei auch eine Fremdanamnese. " S. 268

"Man betrachtet für eine Diagnose, ob eine deutliche Unausgeglichenheit in mehreren Funtkionsbereichen der Persönlichkeit besteht, andauernde auffällige Verhaltensmuster zu erkennen sind, die absolut gleichförmig, tiefgreifend und unpassend in bestimmten sozialen und persönlichen Situationen sind." S. 269

"Die Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung ist äußerst unterschiedlich und kann sich zum Beispiel in Folge einer veränderten Lebenssituation verstärken oder abschwächen, […] bei den Betroffenen [kann] eine Persönlichkeitsstörung einen chronisch ungünstigen

Verlauf nehmen" S. 269, 270

39.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0)

"[…] Argwohn, tiefes Misstrauen und Eifersucht […]. Betroffene sind extrem empfindlich. Andere Menschen sehen sie prinzipiell als böse an, die eigene Person benachteiligend, ausnutzend oder schädigend wollend. Erlebnisse oder Erfahrung werten sie grundsätzlich als gegen

die eigene Person gerichtet. Sie neigen zu Rechthaberei und sind unbelehrbar rechthaberisch. In Ihren Augen kämpfen sie gegen ein vermeindliches Unrecht,

neigen zu Fanatismus. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung oder erleiden depressive Symptome. Sie neigen zu Suchterkrankungen und anderen Persönlichkeitsstörungen. Auch übergänge in wahnhafte Störungen können vorkommen." S. 270

39.1 .1 Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen "

>ausgeprägte Emfpindlichkeit gegenüber Zurücksetzung und Rückschlägen

>ständiger Groll, weil andere die eigene Person vermeindlich zum Beispiel beleidigt, verletzt oder missachtet >Verdrehung von Erlebtem ins Negative, dauerhaftes Misstrauen

>Streitsucht und situationsunangemessenes Beharren auf den eigenen Rechten

>Eifersucht und nicht gerechtfertigtes Misstrauen bezüglich der sexuellen Treue des Partners

>Neigung zu äußerst überhöhtem Selbstwertgefühl und ständige Selbstbezogenheit

>eingenommen sein von Verschwörungsgedanken als Erklärung für Geschehenisse in der Umgebung oder in der gesamten Welt

" S. 271

39.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1)

"[…] neigen zum Einzelgängertum, leben allein, isoliert und distanziert von Ihrem sozialen Umfeld. Ihre emotionale Ausdrucksfähigkeit ist eingeschränkt. Daraus ergibt sich ein starkes Autonomiebestreben ohne enge Freunde oder einen Lebenspartner.

Sie erscheinen distanziert und kalt, manchmal steif und unbeholfen. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder somatoformen Störung oder erleiden depressive Syndrome. Sie neigen außerdem zu anderen Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel selbstunsichere, paranoide oder zwanghafte). Therapeutisch sind Kontaktaufnahme und Herstellung einer Beziehung schwierig, vor allem, da Betroffene sich selten in Behandlung begeben. " S. 271

39.2.1 Diagnose einer schizoide Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen

"

>seltenes Empfinden von Vergnügen

>emotional kühl, distanziert - die Affektivität ist flach

>kaum fähig, zärtliche, warme Gefühle oder auch Ärger offen zu zeigen

> vermeindliche Gleichgültigkeit gegenüber Kritik oder Lob

> fehlendes Interesse an Sexualität mit anderen Menschen

> Beschäftigungen meist einzelgängerisch

> Starke Inanspruchnahme durch Introspektion und Fantasie

> Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen und engen Freunden (maximal eine Person) - gleichzeitig auch kein großes Interesse daran > fehlende Sensibilität gegenüber gesellschaftlichen Regeln " S. 271

39.3 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)

"[…] neigen zu impulsivem Verhalten, bei dem ihnen die möglichen Folgen vollkommen egal sind. Im Nachinein verspüren sie keinerlei Schuldbewusstsein. Empathie und Verantwortungsgefühl haben sie nicht - dafür eine geringe Frustrationstoleranz.

Regeln und Normen gelten für sie nicht - es geht ums eigene Überleben. Sie holen sich das, was ihnen, wie sie meinen, zusteht. Das kann dann radikal durch Gewalt geschehen, aber auch subtiler durch Betrug, Manipulation und Lügen. Die Risikobereitschaft ist dabei hoch.

Zu intensiven zwischenmenschlichen Bindungen sind sie meist nicht fähig, sondern sie leben in rasch wechselnden Beziehungen. Hier sind sie häufig verletzend, unzuverlässig oder auch manipulativ. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer weiteren Persönlichkeitsstörung
(Borderline, histrionische oder selbstunsichere), neigen zu Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch. Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung anzusprechen ist sehr schwierig, da sie äußerst krankheitsuneinsichtig sind" S. 272

39.3.1 Diagnose einer dissoziale Persönlichkeitsstörung / mindestens drei Symptome müssen zutreffen "

>Kälte, Unbeteiligtsein, Rücksichtslosigkeit, fehlende Empathie

>Andauerndes verantwortungsloses Handeln

>Nicht-Beachten von Regeln

>Normen und Verpflichtungen

>Unfähigkeit, längere Beziehungen beizubehalten, obwohl Beziehungen problemlos eingegangen werden können >äußerst geringe Frustrationstoleranz

>Neigung zu aggresivem bis hin zu gewaltätigem Verhalten

>fehlendes Schuldbewusstsein >kein Lernen aus Erfahrung

>[kein Lernen] […] aus Strafen

>andere werden beschuldigt

>eigenes Fehlverhalten rationalisiert

" S. 272

39.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

"[…] leiden unter einer gestörten Affektregulation. Selbst beschreiben sie es häufig als <<Druck>>, der häufig durch selbstverletzendes Verhalten (zum Beispiel <Ritzen>) abgebaut wird. In Ihnen herrscht eine niedrige Reizschwelle mit hoher Erregbarkeit, die zu einem ausgeprägtem Gefühlschaos führt. Viele beschreiben auch kaum zu ertragene Zustände innere Leere und Depressivität. Sie leiden unter Albträumen, <Flashbacks> und Schlaflosigkeit. Auch Pseudohalluzinationen sowie Derealisations- und Depersonalisationserleben sind nicht selten. […]

Die emotional instabile Personlichkeitsstörung teilt sich widerum in zwei Subtypen:

>F60.3 - impulsiver Typ - mit mangelnder Impulskontrolle und emotionaler Instabilität. Betroffene neigen, besonders bei Kritik, zu bedrohlichem und gewaltätigem Verhalten.

>F60.31 - Borderline Typ - entspricht dem impulsivem Typ. Zusätzlich leiden die Betroffenen unter Störungen des eigenen Selbstbildes, unklaren Zielen und

verwaschenen <inneren Präferenzen>. Symptomatisch sind Gefühle der inneren Leere, die Neigung zu unsteten Beziehungen, Suiziddrohungen und selbstverletzendes Verhalten.

39.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)

"[…] Verhaten […] ist übertrieben emotional und dramatisch. Sie wollen ständig im Mittelpunkt stehen, gelobt und bewundert werden. Sie neigen zu Egozentrik und zu manipulativem Verhalten. Dabei wirken Sie charmant und extrovertiert, oft auch verführerisch und attraktiv. Kennzeichnend […] ist außerdem die Suche nach ständig neuen Reizen, so dass sie auch im Denken ungenau und sprunghaft sein können. Tief in ihnen steckt das Gefühl ungeliebt zu sein, überflüssig zu sein. Ihr Leben ist bestimmt davon, anerkannt, bewundert und umsorgt zu werden. Schwierig wird die Situation […] wenn der natürliche Alterungsprozess einsetzt und die Attraktivität leidet, sie schwer gekränkt werden ider eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson stattfindet.
Häufig erkranken Betroffene zusätzlich an einer depressiven Episode, Zwangs- und Angststörung oder somatoformen Störungen. Außerdem neigen sie zu Substanzmissbrauch." S. 273

39.5.1 Diagnose einer histrionische Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen "

>dramatisches, theatralisches Verhalten - Gefühle werden übertrieben ausgedrückt

>leichte Beeinflussbarkeit durch bestimmte Umstände oder andere Personen, Suggestibilität >labile und oberflächliche Affektivität

> Bedürfnis nach Anerkennung durch andere

> Wunsch im Mittelpunkt zu stehen

> Dauerhaftes Verlangen von Aufregung

> Verhalten und Erscheinen unangemessen verführerisch

> ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Attraktivität" S. 273

39.6 Anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5)

"[…] Perfektionismus, Ordnung und Kontrolle [in hohem Maß], so dass Betroffene häufig als pedantisch und eigensinnig wahrgenommen werden. Sie verlieren sich häufig in Details, so dass sie gestellte Aufgaben nicht abschließen und Entscheidungen nicht treffen können.
Gleichzeitig haben sie große Angst vor Kritik, die ja ihren Perfektionismus schmälern würde.Gleichzeitig können sie der eigenen Anspruchshaltung nur schwer entsprechen. So sind sie ewig Getriebene, die jederzeit die Kontrolle über eine Situation behalten wollen.
Veränderungen im Leben werden von Ihnen daher oft schwer ertragen. Regeln, Normen und Ordnung sind ihnen enorm wichtig. Dauernd fühlen sie sich von Pflichten getrieben. Lebensfreude und Genuss bleiben dadurch außen vor. Soziale Kontakte erfreulicher Art werden vernachlässigt, zudem sie häufig das vermeindlich verantwortungslose oder inkompetente Verhalten ihrer Mitmenschen verurteilen. Erlebnisse werden gerne polarisiert - gut/böse, richtig/falsch, alles/nichts - beurteilt. Soziale Kontakte verlaufen so eher angespannt und kontrolliert. Deligieren ist ihnen fast unmöglich. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angststörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen." S. 274

39.6.1 Diagnose einer anankastische Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen

"

>große Zweifel und Vorsicht

>Im Mittelpunkt der Beschäftigung stehen Regeln, Listen, Ordnung, Details oder Pläne >Durch den eigenen Perfektionismus wird der Abschluss von Aufgaben behindert

>Der Betroffene zeichnet sich durch starke Gewissenhaftigkeit und überhöhte Leistungsbezogenheit aus. Dabei werden Vergnügen und Beziehungen vernachlässigt.

>Konventionen werden übermäßig und pedantisch verfolgt.

>Der Betroffene ist eigensinnig und regide

>Beharren auch bei anderen auf die Unterordnung unter seine Gewohnheiten

>Unfähigkeit, zu deligieren

>Unerwünschte Gedanken oder Impulse drängen sich immer wieder auf" S. 274

39.7 Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)

ständige "Angst vor negativer Bewertung. Sie fühlen sich minderwertig und vermeiden Konfliktsituationen, aber auch enge Bindungen, da sie Misserfolg und Ablehnung befürchten. Gleichzeitig wünschen sie sich nichts mehr als Wertschätzung, Akzeptanz und emotionale Nähe. Somit erscheinen sie häufig sehr schüchtern und geben sich oft distanziert. Sie leiden unter fehlender Lebensfreude, dem Gefühl der Wertlosigkeit. Sie vermeiden Herausforderungen und soziale Kontakte aus der Befürchtung heraus, abgelehnt oder gedemütigt zu werden. Kritik ertragen die Betroffenen äußerst schlecht. Häufig erkranken sie

zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen." S. 275

39.7.1 Diagnose einer Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen:

"

>Größengefühl

>Fantasien im Bezug auf Macht, Erfolg, ideale Liebe oder Schönheit

>Empfinden der Einmalligkeit

>Bedarf von außenordentlicher Bewunderung

>Anspruchshaltung, die völlig unbegründet ist

>ausnutzen von Beziehungen zwischenmenschlicher Art

>mangelhafte Empathie

>Überzeugung, das andere einen beneiden - oder eigene Neidgefühle

>hochmütiges, arrogantes Verhalten" S. 276

39.8 Passiv-agressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.81)

"[…] Trotzverhalten […], dass sich über die Pubertät hinweg gehalten hat. Sie zeichnet sich durch passiven Widerstand gegenüber gestellten Anforderungen aus mit einer abwertenden und negativen Grundhaltung heraus." S. 277

39.8.1 Diagnose einer Passiv-agressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung / mindestens fünf der Symptome müssen zutreffen

"

>Routineaufgaben werden verschleppt (Es wird auf andere gewartet)

>nicht angebrachter Prostest bei gerechtfertigten Forderung

> bei unwillkommenen Bitten Reizbarkeit, Trotz oder Streitlust

> Verachtung von Autoritätspersonen

> Kritik an Autoritätspersonen

> schlechte oder langsame Arbeit bei ungliebten Aufgaben

> <<vergessen>> von Verpflichtungen" S. 277

39.9 Exkurs: Schiziotype Persönlichkeistsstörung (ICD-10: F21)

"[…] wird von den Betroffenen oftmals nicht in ihrem Krankheitswert erkannt. Sie zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen. Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzulänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt. Sie katapultieren sich dadurch gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch dirch ihr schrulliges und exentrisches Verhalten als interessant angesehen." S. 277

39.9.1 Diagnose einer schiziotypen Persönlichkeistsstörung / mindestens drei der Symptome müssen mindestens zwei Jahre vorhanden sein

"

>eingeschränkter und inadäquater Affekt (unnahbar und kalt)

>exzentrisches oder seltsames Verhalten mit einem enstprechenden Erscheinen

>wenige soziale Kontakte und Neigung zum sozialen Rückzug

>eigentümliche Glaubensinhalte sowie magisches Denken, die entsprechend auf das Verhalten übergehen und widersprüchlich zu den kulturellen normen sind

>paranoide Ideen oder Misstrauen

>zwanghaftes Grübeln mit sexuellen, aggressiven oder ängstlichen Inhalten auf den eigenen Körper bezogen - ohne dem Widerstand zu leisten

>Körpergefühlsstörungen, Illusionen, Derealisations- und Depersonalisationserleben

>Sprache und Denken sind umständlich, wage, metaphorisch, seltsam - jedoch nicht zerfahren

>vorübergehende gelegentlich fast psychotische Episoden mit starken Illusionen, Halluzinationen oder wahnänlichen Ideen - ohne äußerliche Veranlassung" S. 278

39.10 Kombinierte und sonstige Persönlichkeistsstörungen (ICD-10: F61)

[…] werden jene zusammengefasst, bei den sich Merkmale von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen vermischen, und keine Persönlichkeitsstörung spezifisch diagnostiziert werden kann (F61.0: kombinierte Persönlichkeitsstörungen). Oder bei denen eine Klassifizierung nach F60 (spezifische Persönlichkeitsstörungen) oder F62 (andauernde Persönlichkeitsänderungen) nicht stattfinden kann und man von einem sekundären Status bei einer zugleich bestehenden Angststörung oder affektiven Störung ausgeht." S.279

39.11 Andauernde Persönlichkeitströrungen (ICD-10: F62)

z.B. "[…] nach einer Extrembelastung oder einer psychischen Krankheit […] [nur bei deutlichen Veränderungen] im Denken, Wahrnehmen und Verhalten in Bezug auf die eigene Person […], die vor einem bestimmten tiefgreifenden Ereignis oder der Erkrankung noch nicht vorlagen und das Verhalten

beeinflussen. Dabei darf keine andere Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen." S. 280

39.11 .1 Andauernde Persönlichkeitströrungen nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)

"Grundlage ist eine äußerst extreme Belastung, wie Folter, Katastrophen, Geiselnahme ect., die weit über das normale Erleben hinausgeht. Dabei kann (muss aber nicht) eine postraumatische Belastungsstörung (F43.1) vorrausgehen. In Folge treten andauernde Symptome auf, die sich durch unangepasstes, unflexibeles Verhalten äußern und zu Beeinträchtigungen im sozialen, zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich führen. Diese müssen zur Diagnose mindestens zwei Jahre bestehen. Außerdem darf im Vorfeld keine psychische Erkrankung (außer ggf. einer PTBS) bestanden haben. Merkmale sind: >sozialer Rückzug

>misstrauische, ja feindliche Haltung der Welt gegenüber

>Betroffene fühlen sich leer und hoffnungslos

>Es besteht ein dauerhaftes Empfinden von Nervosität, als bestünde eine ständige Bedrohung

>Der Betroffene fühlt sich entfremdet" S. 280

39.11 .2 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1)

"Auch durch eine schwere psychische Krankheit kann eine Persönlichkeitsveränderung nach Abklingen der Erkrankung stattfinden. Dabei muss die Persönlichkeitsänderung von möglichen Residualzuständen abgegrenzt werden. Außerdem darf im Vorfeld keine andere Persönlichkeitsstörung

vorgelegen haben. Die folgenden Symptome müssen zur Diagnose mindestens zwei Jahre bestehen:

>Starke Abhängigkeit von anderen Menschen und eine hohe Anspruchshaltung [gegenüber diesen Menschen] >Der Betroffene ist überzeugt, dass ihn die Erkrankung verändert habe und er nun stigmatisiert sei.

>Unfähig, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen oder beizubehalten.

>Soziale Isolation

>Verringerung der Interessen und Freizeitbeschäftigungen, Passivität

> Die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit unterscheidet sich deutlich von jener vor der Erkrankung >Der Betroffene klagt darüber, krank zu sein.

>Er zeigt ein kränkelndes Verhalten und zeigt hypochondrische Beschwerden

> Seine Stimmung ist labil ider dysphorisch (jedoch nicht in Folge einer anderen psychischen Störung)" S. 281

39.12 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63)

"[…] Störungen bei denen Verhaltensauffällgikeiten auftreten, die sich immer wieder wiederholen und sich durch unkontrollierte Handlungen und Impulse äußern. Betroffene verspüren einen heftigen Drang, Handlungen durchzuführen, dem sie nicht widerstehen können.

Ein vernünftiges Motiv besteht nicht, weder eines der persönlichen Bereicherung, noch eines der Abwendung einer Bedrohung noch Rache, jedoch verspüren Betroffene während der Handlung - nach einem deutlichen Spannungsaufbau - selber ein Gefühl der Lust, Euphorie oder

Erleichterung, obwohl einem selbst oder anderen zum Teil erheblicher Schaden zugefügt wird. Danach findet ein deutlicher Spannungsabfall statt. […]

> F63.0 - pathologisches Glückspiel

> F63.1 - pathologische Brandstiftung (Pyromanie)

> F63.2 - pathologisches Stehlen (Kleptomanie)

> F63.3 - pathologisches Haareausreißen (Trichtotillomanie)

> F63.8 - Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

"[…] Ursachen für die Störungen sind noch nicht geklärt, vermutlich hängen sie jedoch mit aufrechterhaltenen Lernprozessen durch positiv emfpundene Emotionen bei der Handlung […] zusammen." S. 282

40. Störungen der Geschlechtsidentität / Transsexualität (ICD-10: F64)

"[…] fühlen sich ihrem eigenen angeborenen biologischen Geschlecht nicht zugehörig, unbehaglich, lehnen es sogar deutlich ab. Sie sprechen oft davon, sie seien im "falschen Körper". Sehr stark existiert der Wunsch, das Geschlecht körperlich und juristisch zu verändern. [...]

Bisher konnten keine körperliche Ursachen für dieses Bedürfnis festgestellt werden, sondern eher Trennungserlebnisse und Prägungsvorgänge in der Kindheit. Abgegrenzt werden muss die Transsexualiät […] [vom] Zwittertum." S. 285

41. Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10: F65) / Diagnostische Eckpunkte "

>Störung besteht seit mindestens sechs Monaten

>[…] suchtartiger Charakter inklusive Impulskontrollverlust

>Die Sexualpraktiken sind stereotyp und ritualisiert

>Die soziale und die persönliche Kompetenz ist eingeschränkt

>Das Gegenüber wird zum Objekt intrumentalisiert - und ist mit den Praktiken nicht einverstanden

>Die sexuelle Befriedigung geschieht nur über die der Sexualpräferenz entsprechenden Bedingungen und weicht von der "normalen" Sexualiät ab" S. 286

"[…] vermutlich verursacht durch Traumata […] Entwicklungsdefizite […] Konflikten mit der Primärperson (oftmals der Mutter) oder […] Fehlkonditionierung […] auch […] biologische Faktoren während kritischer Entwicklungsphasen in Verbindung mit psychischen Fatoren [...]

Organische Ursachen können jedoch vermutlich ausgeschlossen werden. […] Differenzieldiagnostisch sollten mögliche organische Störungen wie Morbus Pick sowie frontale Hirntumore oder auch psychotische Residualzustände aber auch nahezu alle psychiatrische

Erkrankungen wie affektive Störungen, Intelligenzminderungen oder Epilepsien berücksichtigt werden." S. 286

41.1 Exhibitionismus (ICD-10: F65.2) S. 287

41.2 Yoyeurismus (ICD-10: F65.3) S. 287

41.3 Sexueller Masochismus / Sadismus / Sadomasochismus (ICD-10: F65.5) S. 287

"Als augeprägte Form gilt der Sexualmord, bei dem Tötungsfantasien in die Realität übertragen werden." S. 287 41.4 Frotteurismus (ICD-10: F65.8) S. 288

41.5 Fetischismus und transvestitischer Fetischismus (ICD-10: F65.0) S. 288

41.6 Pädophilie (ICD-10: F65.4) S. 288

42. Exkursion Homosexualität

42.1 Neiungshomosexualität

"[…] Bedeutet, dass dauerhaft eine eindeutige und entschiedene Zuwendung zu einem gleichgeschlechtlichen reifen Partner besteht." S. 290

42.2 Hemmungshomosexualität

"Vorkommen bei unreifen, ich-schwachen Männern, die Frauen gegenüber gehemmt und unsicher sind. Dadurch neigen sie <<vorsichtshalber>> zu homosexuellen Handlungen. Ursachen können zudem psychotischer oder hirnorganischer Art sein." S. 290

42.3 Entwicklungshomosexualität

"Vorübergehender homosexueller Kontakt im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung." S. 290

42.4 Pseudohomosexualität

"Männer, die eigentlich keine homosexuellen Neigungen haben, führen entsprechende Handlungen aus - meist aus materiellen Beweggründen oder um sich daraus Vorteile zu verschaffen (Prostitution, Gefängnis etc.)" S.290

43. Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66) / Krisen in Bezug auf die eigene sexuelle Reifung, Orientierung und Beziehung

"

>F66.0 Sexuelle Reifungskrise

>F66.1 Ichdystone Sexualorientierung

>F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung" S. 291

44. Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

44.1 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0)

"Symptome aus einer vorangegangenen Erkrankung körperlicher Art werden auch nach dem Ausheilen weiter <fortgesetzt>. Das Verhalten wird zunehmend aufmerksamkeitssuchend (histrionisch) zuzüglich Beschwerden, die keinen körperlichen Ursprung haben. Meist klagt der Patient über Schmerzen oder eine Behinderung, die ihn beeinträchtigen, und ist von Sorgen erfüllt.

44.2 Artifizielle Störung / <<Münchhausen-Syndrom>> (F68.1)

"Bei dieser Störung täuscht der Betroffene, trotz des Fehlens einer körperlichen oder psychischen Störung, Behinderung oder Krankheit eine solche vor. Das kann soweit gehen, dass er sich absichtlich Verletzungen zufügt oder sich vergiftet. […] Erkrankte sind häufig so überzeugend, dass auch Ärzte sich mit in dieses System einbinden lassen. Zieht der Betroffene Schutzbefohlene als angeblich Erkrankte mit in dieses Konstrukt - zumeist das eigene Kind - spricht man von <<Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom>>. Meist geht diese

Erkankung mit diversen anderen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen einher." S. 292

45. Mögliche Therapieformen

45.1 Bei Persönlichkeitsstörungen sowie abnormen Gewohnheiten | Bei Störungen der Impulskontrolle

45.1.1 durch Psychotherapie

"Ziel […] den Klienten zu befähigen, psychosoziale Problemstellungen besser zu lösen […] durch: >Ressourcenorientierung

> Psychoedukation

>Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Muster und Selbsteinschätzungen

>Entwicklung von Strategien und notwendigen Fähigkeiten

>Modelllernen

>Beratung und Vermittlung von sozialen Fertigkeiten

>Entwicklung von Strategien zur Affektregullation, Identifikation und Selbstwahrnehmung

>Transfer des Erlernten in den Alltag" S. 29

"Eine Besonderheit gibt es bei der emotional instabilien Persönlichkeitsstörung: Hier muss ggf. noch an der zugrunde liegenden Traumata (häufig ein Missbrauchserleben) gearbeitet werden. Von Vorteil kann bei allen Störungen auch das Einbeziehen des sozialen Umfelds sein." S.293

45.1.2 durch Psychopharmakatherapie

"Es gibt kein Medikament, dass eine Persönlichkeitsstörung heilt, allerdings können ergänzend zur Psychotherapie komorbide Erkrankungen mit Psychopharmaka behandelt und einzelne Symptome verbessert werden." S. 293

45.2 Bei nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

"Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen […] von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch pyshiotherapeutsche Verfahren." S. 294

45.3 Bei Störungen der Sexualpräferenz

45.3.1 durch Psychotherapie

"[…] edukativ und supportiv, um Hemmungen abzubauen und einen Zugang zum Betroffenen zu bekommen." S. 294

45.3.2 durch Psychopharmakatherapie

"Gleichzeitig werden bei schwer ausgeprägten und andauernden Störungen Psychopharmaka […] eingesetzt."

46. Intelligenzminderung (ICD-10: F7)

"Zur Diagnostik einer Intelligenzminderung (oder auch Oligophrenie, bzw. geistige Behinderung) muss der gesamte Mensch individuell mit seinen spezifischen Leistungseinschränkungen, seinem sozialen und kulturellen Umfeld, seinen Anpassungsverhalten und seiner psychometrischen Leistungsfähigkeit betrachtet werden." S. 297

46.1 Ursachen von Intelligenzminderung zu unterschiedlichen Zeitpunkten der menschlichen Entwicklung>Pränatal (vor der Geburt)

>>> genetisch (zum Beispiel Rett-Syndrom)

>>> cromosomal (zum Beispiel bei der Trisomie 21)

>>> stoffwechselbedingt (zum Beisiel be der Phenylketonurie)

>>> umweltbedingt (zum Beispiel durch die Erkrankung der Mutter an Röteln, durch Alkohol oder durch Rauchen während der Schwangerschaft) >>> Defekte während der Hirnentwicklung

>Perinatal (während der Geburt)

>>>Geburtstrauma

>Postnatal (nach der Geburt)

>>> Infektionen (zum Beispiel Meningitis)

>>> endokrinologisch (zum Beispiel durch eine Schilddrüsenunterfunktion)

>>> Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma) >>> Tumorbildungen oder Dystrophien >>> u.v.m.

46.1.1 Leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70)

"[…] Betroffene haben im Alter von ca. 19 Jahren geistig das Niveau eines ungefähr Neun- bis Zwölfjährigen. […] Es herrschen große Probleme beim Lesen und Schreiben, […] leiden unter Gedächtnisschwäche und Konzentrationsstörungen, so dass die Schul- und Berufsausbildung mit großen Probemen behaftet ist. " S. 299

46.1.2 Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10: F71)

"Hier gibt es bereits in der Kindheit deutliche Entwicklungsverzögerungen. Besondere Einschränkungen existieren im Sprachgebrauch und Sprachverständnis sowie bei motorischen Fähigkeiten und in er Sebstversorgung. Dabei sind die Fähigkeiten von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt. […] Betroffene benötigen […] häufig eine

lebenslange Baufsichtigung […] Ein komplett unabhängiges Leben ist im Allgemeinen nicht möglich." S. 299

46.1.2 Schwere Intelligenzminderung (ICD-10: F72)

"Sie sind nicht schulbildungsfähig, können weder lesen noch schreiben lernen. Sie sind in praktischen Dingen förderungsfähig, jedoch auf eine dauerhafte Betreuung angewiesen. Meist bestehen noch zusätzliche Behinderungen wie motorische Schwäche oder Lähmungen.
Ursachen liegen häufig in einer Fehlentwicklung oder schweren Schädigung des Zentralnervensystems." S. 300

46.1.3 Schwerste Intelligenzminderung (ICD-10: F73)

"Betroffene sind zum größten Teil Pflegefälle, bei denen Sprachvermögen, Beweglichkeit und auch Kontinenz hochgradig eingeschränkt sind. Sie sind unfähig, Anweisungen oder Aufforderungen zu verstehen. Entsprechend können sie sich auch nicht danach richten. Meist besteht eine Mehrfachbehinderung, zum Beispiel mit Epilepsie, Hör- und Seh-Einschränkungen oder atypischer Autismus. Ständige Hilfe und Überwachung sind hier notwendig." S. 300

46.2 Mögliche Therapieformen zu ICD-10: F7

"Eine Intelligenzminderung kann nicht geheilt werden, daher liegt das Hauptaugenmerk auf der Linderung der Symptome, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Fördermaßnahmen.

> Symptomatisch […] funktionelle Störungen im motorischen Bereich, die man durch Übungen versucht zu verbessern.

> Verhaltenstherapeutisch arbeitet man an Verhaltensauffälligkeiten oder zum Aufbau von Verselbständigung. […]

> Fördermaßnahmen in entsprechenden Kindergärten, Schulen, Heimen und Behindertenwerkstätten […]

> Psychopharmakatherapie mit niederpotenten oder atypischen Neuroleptika kann […] zur Milderung bei Hyperaktivität dienen

Berücksichtigt werden müssen zudem die zusätzlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen, die im Rahmen einer Intelligenzminderung auftreten können." S. 301

47. Entwicklungsstörungen (ICD-10: F8) / Teilleistungsschwäche

"[…] ein bestimmter Bereich der geistigen oder auch körperlichen Entwicklung [ist] im Vergleich zu Gleichaltrigen verzögert. […] [Abhängig von] der Ausbildung des Zentralnervensystems […] beginnt sie schon im Kleindkindalter." S. 303

"Betroffen sind dabei meist die Bereiche

> visuell-räumliche Fähigkeiten

> Sprache

> Bewegungskoordination" S. 303

"Ein Großteil der Störungen <<wächst sich aus>>, manche Verzögerungen bleiben jedoch bestehen oder verschlechtern sich sogar auf dramatische Weise. […] Grundsätzlich sind Entwicklungsstörungen jedoch kein Ausdruck einer psychischen oder organischen Störung, einer

Intellligenzminderung oder mangelhaften Förderung." S. 303

47.1 Sprachstörung // Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-10: F80) "

>Artikulationsstörung aufgrund einer gestörten Zungenmotorik (Lispeln)

> Stottern (ICD-10: F98.5) als Störung des Sprechflusses

> Poltern (ICD-10: F98.6) als Störung des Redeflusses" S. 304

"[…] Entwicklung von Verstehen und Produzieren von Sprache [ist] durch Probleme im Formen von Worten und Sätzen gehemmt […] Diese sind

>Expressive Sprachstörung

>Rezeptive Sprachstörung

>Landauer-Kleffner-Syndrom (erworbene Aphasie mit Epilepsie) oder

> Artikulationsstörungen auf Grund einer phonologischen Entwicklungsstörung" S. 304

"Hauptprobleme bei all diesen Störungen sind die eingeschränkte Möglichkeit der eigenen Expression und somit Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich sowie die Verminderung der Fähigkeit, Lesen und Schreiben zu lernen. Dies kann zusätzlich zu emotionalen

Problemen und Schwierigkeiten im Verhalten führen." S. 304

47.1 Artikulationsstörungen (ICD-10: F80.0)

"[…] die Artikulationsfähigkeit des Kindes ohne jegliche organische, sensorische oder neurologische Störungen unter jener liegt, die seinem Inerelligenzalter angemessen wäre, wobei die sprachlichen Fertigkeiten ansonsten im Normbereich liegen. Das bedeutet, dass der Lauterwerb sich verzögert oder von der Norm abweichend. Die Sprache weist deutliche Artikulationsfehler aus, sodass sie für andere schwer zu verstehen ist. Ursachen können phonologischer Art sein oder auch in der Zungenmotorik liegen. Laute - häufig Zisch-Laute - werden verzerrt, ausgelassen oder ersetzt." S. 305

"So kennt man: inkonstante […] inkonsequente […] partielle […] multiple […] universelle Dyslalie." S. 305

47.1 Expressive Sprachstörung (ICD-10: F80.1)

"[…] die gesprochene Sprache eines Kindes [liegt] von ihrer Expressivität her deutlich unter dem Niveau des eigentlichen Intelligenzalters […]. Das Sprachverständnis bleibt dabei im Normbereich. Der Beginn dieser Entwicklungsstörung liegt im zweiten Lebensjahr." S. 305

47.2 Rezeptive Sprachstörung (ICD-10: F80.2)

"[…] liegt das Sprachverstädnnis unter dem normalen Niveau. Meist sind in diesem Zusammenhang auch die expressive Sprache und die Wort-Laut-Produktion gestört." S. 305

"Bezeichnungen oder grammatikalische Kontrukte werden nicht verstanden. In Folge erschwert sich die zwischenmenschliche Kommunikation, es drohen Isolation, Scheu und Ängstlichkeit, obwohl der soziale Austausch nonverbal möglich ist." S. 305

47.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom) (ICD-10: F80.3)

"[…] tritt nach zunächst normaler Sprachentwicklung auf […] das Kind [verliert] seine expressiven und rezeptiven Sprachfertigkeiten. Das findet häufig innerhalb weniger Tage und Wochen statt - gelegentlich über einige Monate hinweg. Im Vorfeld oder auch nach Beginn kann man im EEG parosysmale Auffälligkeiten entdecken. Häufig treten epileptische Anfälle auf. […] Gehörtes [kann] nur noch schwer verstanden [werden] […] Diese Form der Aphasie kann

aber auch bis zur Stummheit gehen. Konsequenzen sind vor allem anfänglich häufig zusätzlich emotionale Störungen und Verhaltensstörungen." S. 306

47.4 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache wie z.B. Lispeln (ICD-10: F80.4) S. 306

48. Teilleistungsschwäche (ICD-10: F81) [Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten]

"[…] Vermutlich beruhend auf Beeinträchtigungen in der kognitiven Informationsverarbeitung, herrschen bei diesen Störungen Defizite im Erlernen bestimmter Fähigkeiten." S. 307

"Betrachtet werden mögliche vorherige Störungen in er Entwicklung - vornehmlich im Bereich Sprachen und Sprechen-, andere Probleme wie Überaktivität oder Verhaltensschwierigkeiten, bestimmte Störungsmuster und Beeinflussbarkeit. […] Auch hier gilt, dass diese Störungen nicht in Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung oder neurologischen Erkrankungen bestehen dürfen, das Kind nicht unbehandelt hör- oder sehbehindert ist und keine störenden äußeren Faktoren vorhanden sind, die das Lernen und die Aufmerksamkeit negativ beeinflussen.

Gleichzeitig werden zur Diagnose der Vergleich mit der Altersnorm und der allgemeinen intellektuellen Begagung gezogen." S. 307

48.1 Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung) (ICD-10: F81.0)

"[…] ersetzen, verdrehen oder fügen Buchstaben, Wortteile oder Worte beim schreiben hinzu - oder lassen sie aus. Sie haben Schwierigkeiten, konstant-vokal-verbindend zu lesen und Buchstaben zu erkennen. Häufig werden auch Wörter in ihrer Bedeutung nicht erkannt, Gelesenes kann nicht wiedergegeben und […]

[keine] Zusammenhänge und Schlüsse gezogen werden. Das Lesen funktioniert nur langsam, ein Vorlesen wird erst nach Verzögerung begonnen, Zeilen werden verloren, das Phrasieren ist ungenau, die Fehlerzahl in Diktaten ist außerordentlich hoch." S. 307

48.2 isolierte Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.1)

Hier "focussieren sich die Probleme auf das Schreiben. Meist begeitet dieses Problem eine schlecht lesbare Handschrift. Die Lesefähigkeit liegt hier jedoch im Normbereich." S. 307

48.2 Dyskalkulie (Rechenstörung) (ICD-10: F81.2)

"[…] Schwierigkeiten bei der Arbeit mit der Zahlensemantik, beginnend schon bei den Grundrechenarten. Verhältnisse von Zahlen untereinander und die dazugehörigen Rechenoperationen stoßen auf Unverständnis. […] Ebenso besteht keine Vorstellung zum Zahlenstrahl- und raum. Die sprachliche Fähigkeit, mit Zahlen und somit Textaufgaben umzugehen, fehlt, ebenso die Möglichkeit, Faktenwissen zu speichern (zum Beispiel das Einmaleins oder Formeln)." S. 308

48.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (ICD-10: F82)

"[…] Sie sind schon früh ungeschickt, sind häufig nicht in der Lage, sich die Schuhe zuzubinden oder feinmotorisch zu basteln. Auch Schwimmen und Fahrradfahren werden schwer erlernt. Dadurch werden sie häufig zu Außenseitern, was weitere psychische Problematiken mit sich zieht." S. 308

Umschriebene Entwicklungsstörung:

"

>F82.0 - der Grobmotorik

>F82.1 - der Fein- und Grobmotorik

>F82.2 - der Mundmotorik

>F82.9 - der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet " S. 308

48.4 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10: F83)

Die "Störungen (Sprechen, Sprache, schulische Fertigkeiten und motorische Funktionen) vermischen [sich] und keine davon dominiert, bzw. zwei oder mehr Symptome von F80, F81 und F82 dominieren." S.308

48.5 Tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84)

"massive Einschränkungen […] [bei den] sozialen Interaktionen, […] Aktivitäten, […] Kommunikation und das Empfinden der Umwelt […]. Das Verhalten zeichnet sich durch stereotype Handlungen aus. Hier besteht schon früh in der Kindheit eine entsprechende auffällige Entwicklung, die sich meist in den ersten fünf Lebensjahren manifestiert." S. 309

"

> F84.0 - frühkindlicher Autismus (nach Kanner)

> F84.1 - Atypischer Autismus

> F84.2 - Rhett-Syndrom

> F84.3 - andere desintegrative Störungen des Kindesalters

> F84.4 - überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen > F84.5 - Asperger Syndrom

48.5.1 Frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0)

"[…] ausgeprägte Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation, die bereits im Säuglingsalter zu erkennen ist. Es fehlt jegliches Ansprechen auf

emotionale Zuwendung durch das Umfeld. Ein Blickkontakt findet nicht statt, ebenso entwickelt sich das soziale Lächeln, wenn überhaupt, sehr spät. Eine differenzierte Mimik und Gestik fehlen. […] Die Motorik ist stereotyp, manchmal sogar selbstschädigend (Selbstverstümmelung). Wichtig ist Ihnen eine konstante Umgebung. Auf Veränderung reagieren sie ängstlich bis aggressiv.

Fantasie und Kreativität sind kaum vorhanden. Sie leiden unter Schlaf- und Essstörungen, Phobien, Wutausbrüchen und Ängsten.[…] bei einem Großteil der Kinder ist die Intelligenz gemindert." S. 309

48.5.2 Atypischer Autismus (ICD-10: F84.1)

"[..] es entstehen nur Störungen in ein oder zwei der drei Bereiche <<soziale Interaktion>>, <<Kommunikation>> oder <<stereotypes, eingeschränktes Verhalten>>. Meist habe es im Vorfeld bereits schwere Störungen des Srachtverständnisses oder der geistigen Entwicklung.

Ebenso ist die Intelligenz häufig schwer gemindert." S. 310

48.5.3 Rhett-Syndrom (ICD-10: F84.2)

"[…] plötzlich verlieren sich jedoch wieder alle Fähigkeiten - besonders in der Motorik. […] Die Kaufähigkeit der Nahrung lässt nach, Betroffene sabbern häufig oder Strecken die Zunge heraus. Oft kommt es zur Hyperventilation, die Blasen- und Darmkontrolle lassen nach." S. 310

48.5.4 Andere desintegrative Störungen des Kindesalters / Hellersche Demenz (ICD-10: F84.3)

"[…] trifft Kinder im dritten oder vierten Lebensjahr, die sich in den zwei Jahren zuvor vollkommen normal entwickelt haben. Innerhalb weniger Monate

verlieren sie eine Vielzahl an Fähigkeiten, die sie bis dahin völlig normal erworben haben. […] Das Interesse an der Umwelt geht verloren, das Kind entwickelt motorische sich wiederholende Manierismen. […] Das Spielverhalten entwickelt sich zurück, Sprache, Anpassungsfähigkeit und soziale Fähigkeiten gehen zunehmend verloren. Nicht selten kommt es auch zu einem Verlust über die Kontrolle der Blasen- und Darm[funktion] und auch der motorischen Fähigkeiten." S. 311

48.5.5 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen (ICD-10: F84.4)

"Diese Störung ist nicht eindeutig definiert und ist ein Syndrom, dass mit vielen verschiedenen Entwicklungsverzögerungen begeitet ist.

Definiert wird diese Störung bei Kindern mit:

> mittelgradiger oder schwerer Intelligenzminderung mit einem Intelligenzquotienten unter 50 bzw. 34

> Problemen mit Überaktivität und in ihrer Aufmerksamkeit

> stereotype Verhaltensweisen" S. 311

48.5.6 Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5)

"[…] Oft entwickeln Betroffene einseitige Aktivitäten und Interessen, die sich häufig auf eher technisierte, wenig kreative, Spezialgebiete fokussieren. […] Im frühen Erwachsenenalter kann es zu psychotischen Episoden kommen. Trotzdem ist die Sozialprognose recht gut." S. 312

48.6 Mögliche Therapieformen

48.6.1 Therapien bei Sprach- und Sprechstörungen

"[…] logopädische Therapie […] verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm." S. 313

48.6.2 Therapien bei Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

"[…] eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung [kann] notwendig sein, da Kinder häufig sowohl an ihrem Selbstbewusstsein als auch am Verhalten ihrer Umwelt erkranken und mit Schulangst, Schulverweigerung, dissozialen Entwicklungen oder Depressionen inklusive
Suizidalität zu kämpfen haben. […] Sozialrechtlich kann durch die Feststellung einer Störung in diesem Bereich positiv an der Schullaufbahn gearbeitet werden. So bestehen zum Beispiel die Möglichkeiten, dass Fehler in Arbeiten nicht gewertet werden, bzw. dass schulische
Fördermaßnahmen in Anspruch genommen werden können." S. 313

48.6.2 Therapien bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

"[…] spezielle Förderprogramme wie die sensorisch-integrative Therapie oder ein Wahrnehmungstraining im Rahmen von Krankengymnastik, Ergotherapie oder Motopädie. […] Zugleich kann aber auch hier eine psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern zu empfehlen sein, da Kinder häufig an ihrer Position als Außenseiter leiden." S. 314

48.6.3 Therapien bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

"Tiefgreifende Entwicklungsstörungen sind nicht heilbar - aber Eltern und Kinder können therapeutisch unterstützt, Symptome gelindert werden. Dabei

müssen die therapeutischen Verfahren individuell an die spezifische Störung, ihre Ausprägung, das Kind selbst, seine Eltern und
Lebensumstände angepasst werden. Es geht darum, ein bisschen Normalität herzustellen sowie Irritationen und Ängste abzubauen. Das Kind soll dabei nach seinen Möglichkeiten sensibel gefördert und gefordert werden. " S. 314

"Therapeutisch arbeitet man mit der praxisbezogenen geführten Interaktionstherapie, die Beziehungen verbessern und das Leben im Alltag vereinfachen soll. Hilfreich sind ansonsten […]
Körperwahrnehmungsmaßnahmen und sensorische Methoden, um nach Außen zu öffnen, das innere und äußere Gleichgewicht zu verbessern, die Motorik und sensuelle Wahrnehmung zu schulen sowie <<Ordnung>> im Kopf herzustellen. Positiv wirken können auch Krankengymnastik, heilpädagogische Ansätze (zum Beispiel mit Tieren) und Sprachtherapie oder auch Verhaltenstherapie, bei der es um die Auseinandersetzung mit der Umwelt und die
Informationsverarbeitung geht.
Psychopharmaka werden je nach Störungsbild häufig ergänzend eingesetzt." S. 314

49. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F9)

"[…] Störungen, die sich durch Problematiken im Verhalten und/oder den Emotionen äußern sowie häufig starke soziale Folgen nach sich ziehen […] unterschieden werden Sie in:

>Hyperkinetische Störungen (ICD-10: F90)

> Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)

> Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92)

> Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93)

> Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F94)

> Tic-Störungen (ICD-10: F95)

> Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F98)

49.1 Hyperkinetische Störungen / ADHS (ICD-10: F90)

"[…] leiden unter mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Impulskontrolle und ausgeprägter motorischer Unruhe. Tätigkeiten werden häufig angefangen und nicht zu Ende gebracht. […] desorganisiert und in der Aktivität überschießend und unachtsam, jedoch ist ihre Intelligenz mindestens im Normbereich. Sie neigen dazu zu lärmen, zu zappeln oder können nicht sitzen bleiben. […] mangelnde[…] Impulskontrolle […] geringe[…] Frustrationstoleranz […] ungeduldigen, aggresiven Ausbrüchen. Regeln werden häufig (unabsichtlich) gebrochen,

Gefahren werden nicht richtig eingeschätzt, sodass es häufig zu Unfällen und Verletzungen kommt. Oft reagieren sie auf andere distanzlos. […] In Folge kommt es häufig zu Schulschwierigkeiten, Isolation, einem niedrigen Selbstwertgefühl und dissozialem Verhalten. [...]

Zur Diagnose müssen auf jeden Fall Störungen wie Seh- und Hörstörungen, Intelligenzminderungen, Störungen des Sozialverhaltens, epileptische sowie hirnorganische Psychosyndrome ausgeschlossen werden." S. 317

"Unterformen sind

>F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, bei der keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt

>F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei der auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt >F90.0 Sonstige hyperkinetische Störungen

> F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung"

49.2 Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)

"[…] Muster von aggresivem, dissozialem und aufsässigem Verhalten aus, das weit über <<kindischen Unfug>> oder <<jugendlicher Aufmüpfigkeit>> hinausgeht. […] Aggressivität und Zurückweisung der Bezugsperson, häufiges Streiten, Tyrannisieren, Wutausbrüche, bewusstes Lügen, ein gehässiger Umgang mit dem sozialen Umfeld, Rachsucht, Zerstörung von fremden Eigentum, Diebstahl, Schulschwänzen, Weglaufen von zu Hause, Ungehorsam im Schulalltag, körperliche Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, brechen von Vereinbarungen.

Häufig geht diese Störung später in eine dissoziale Persönlichkeitsstörung über." S. 319

"Unterformen sind:

>F91.0 - auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

> F91.1 - Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

> F91.2 - Störung des Sozialverhaltens bei vorhanden sozialen Bindungen

> F91.3 - Störung des Sozialverhaltens bei oppositionellem, aufsässigen Verhalten

> F91.9 nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens" S. 319

49.2.1 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.0)

"[…] es geht um schwerwiegende aggressive Konflikte. Dies äußerst sich häufig auf das Zerstören von Spielzeug oder Kleidungsstücken, Beschädigen von Möbeln, Gewalt gegenüber Familienangehörigen oder gar Feuerlegen im heimischen Bereich. Das Verhalten im äußerem
Umfeld ist dabei im Allgemeinen normal." S. 320

49.2.2 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (ICD-10: F91.1)

"Betroffene […] fühlen sich zurückgewiesen und isoliert, was zu tyrannisierendem Verhalten, Grobheit, Ungehorsam und fehlender Kooperationsbereitschaft führt. Betroffene neigen zu Wutausbrüchen und Unkontrolliertheit. Fremdes Eigentum wird zerstört, andere Menschen und
Tiere werden gequält." S. 320

49.2.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (ICD-10: F91.2

Das Verhalten ist "ungehorsam, aufsässig und trotzig, neigen jedoch nicht zu aggressiven oder ausgeprägten dissozialen Handlungen. Sie widersetzen sich Anforderungen und durch Erwachsene ausgesprochene Regeln, ärgern andere gerne, haben aber selbst eine geringe
Frustrationstoleranz. So nehmen die Dinge schnell übel und werden leicht zornig. Für ihre Fehler machen sie andere verantwortlich. Oft bezieht sich dieses

Verhalten auf Personen, die sie kennen, sodass sie im klinischen Umfeld unauffällig sein können." S.320

49.3 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93)

"Die Einteilung in spezifische Einheiten ist bei emotionalen Störungen des Kindesalters zudem manchmal schwierig. " S.321

"Untergruppen sind:

> F93.0 - Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters

> F93.1 - Phobische Stöungen des Kindesalters

> F93.2 - Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

> F93.3 - Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität

> F93.8 - Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters" S.321

49.3.1 Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (ICD-10 F93.0)

"[…] phobische Ängste und Trennungsängste […] Diagnose […] wird gestellt, wenn die Angst vor Trennung von Bezugspersonen über den achten Lebensmonat […] hinausgeht und außerordentlich schwerwiegend ist. Das zeichnet sich durch tiefste Verzweiflung über eine abnorme Dauer aus. […] Die sozialen Funktionen sind deutlich eingeschränkt, so werden zum Beispiel die Schule nicht mehr besucht, das Haus nicht mehr verlassen oder auch das Bett nicht aufgesucht, wenn die Bezugsperson nicht in der Nähe ist. Das Kind leidet unter Albträumen und somatischen Symptomen wie Bauchschmerzen, Übelkeit oder Kopfschmerzen. Findet eine kurzzeitige Trennung statt, so verspürt es schwerstes Unglücklichsein mit Angst, Wutausbrüchen, Schreien oder Aphathie." S. 321

49.3.2 Phobische Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93.1)

"[…] wenn die Ausprägung [der phobischen Störung] besonders stark ist und die Handlungsfreiheit eingeschränkt wird (wird es pathologisch)" S. 322

49.3.3 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10 F93.2)

"[…] starkes Misstrauen Fremden gegenüber […] Angst in fremden und scheinbar sozial bedrohlichen Situationen. Die Kinder klammern sich dabei quasi an ihre Bezugsperson und trauen sich nicht, Kontakt zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen aufzunehmen.

Diagnostiziert wird diese Störung, wenn sie vor dem sechsten Lebensjahr beginnt, außerordentlich stark ist und zu schweren sozialen Problemen führt." S. 322

49.3.4 Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität (ICD-10 F93.3)

"[…] Ufert diese Eifersucht zu Rivalität mit äußerst negativen Gefühlen bis hin zu Böswilligkeiten und Verletzungen aus und ist die soziale Interaktion schwerwiegend eingeschränkt, spricht man von einer emotionalen Störung. Häufig kommt es zu einer Regression, wie dem wieder
<<in die Hose machen>> oder auch der Entwicklung von Babysprache. Manchmal möchten die Kinder auch wieder gefüttert werden. Kommt es nicht zur Aufmerksamkeit durch die Eltern, entwickeln die Kinder Wut, konfrontierendes Verhalten, Angst oder sozialen Rückzug sowie
Schlafstörungen." S.322

49.4 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92.8)

"Nicht selten kommt es vor, dass Störungen des Sozialverhaltens in Form von dissozialen, aggresiven und aufsässigen Verhalten mit Angst, Depressionen oder auch anderen emotionalen Störungen einhergehen." S. 323

49.4.1 Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10 F92.0)

"[…] Störung des Sozialverhaltens […] deutliche und andauernde depressive Stimmung […] [zugleich] […] Kinder leiden, klagen häufig über Kopf- oder Bauchschmerzen ohne körperliche Ursache, sind niedergeschlagen und verlieren jegliches Interesse an der Schule und alltäglichen Aktivitäten. Außerdem erscheinen sie völlig hoffnungslos, sind traurig, leiden unter Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Häufig kommen auch diffuse Ängste und ein geringes Selbstwertgefühl hinzu." S. 323

49.4.2 Sonstige kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92.8)

"[…] Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Angst, Depersonalisation oder -realisation oder Phobien." S. 323

"Schizophrenie und Psychosen sind bei Kindern eher selten, könne aber durchaus vorkommen. […] Problematisch bei Ihnen ist, dass Sie häufig nur schwer zu erkennen sind. Halluzinationen und paranoide Phänomäne kommen seltener vor, häufig jedoch Körperhalluzinationen.

Typisch sind die sogenannten Prodromalsymptome mit nachlassender Konzentration und Aufmerksamkeit, Störungen im Antrieb, Ängsten, Misstrauen, Schlafstörungen und sozialem Rückzug." S. 323

49.5 Störungen sozialer Funktonen mit Beginn der Kindheit und Jugend (ICD-10 F94)

"[…] Entwicklungsstörungen, die weniger die soziale Konstitution betreffen, sondern Funktionen, die die soziale Kommunikation beinträchtigen. Ursachen vermutet man in einem negativ wirkenden Umfeld oder Entzug von emotionaler Zuwendung und Sicherheit." S. 325

"Unterteilt wird in:

> F94.0 - Elektiver Mutismus

> F94.1 - Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

> F94.3 - Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

> F94.8 - Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit" S. 325

49.5.1 Elektiver Mutismus (ICD-10 F94.0)

"Spricht ein Kind oder Jugendlicher seit mindestens vier Wochen in ganz bestimmten Situationen oder im Rahmen einer bestimmten sozialen Gruppe (zum Beispiel in der Schule) nicht, obwohl ein Sprechvermögen sowie die Kompetenz zum sprachlichen Ausdruck bestehen und der Betroffene in anderen Situationen und sozialen Gruppen völlig normal spricht, spricht man von einem elektiven Mutismus." S. 325

"Meist besteht eine Verbindung mit sozialer Angst, Empfindsamkeit oder auch Widerstand. Betroffene leben häufig (aber nicht zwingend) in auffälligen

Familienstrukturen, die durch Disharmonie, gegenseitiger Feindseligkeit und Ablehnung geprägt sind. Im geschützten familiären
Umfeld zeichnen sich diese Kinder und Jugendliche dahingegen teilweise sogar durch oppositionelles Verhalten und starken Willen aus." S. 325

49.5.2 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10 F94.1)

"[…] Auffälligkeiten in ihren sozialen Beziehungen, Anpassungsschwierigkeiten und Probleme in ihrem emotionalen Empfinden und Verhalten. […] häufig unglücklich, übervorsichtig und ängstlich, wodurch vorallem Kontakte mit Gleichaltrigen oft vermieden werden, obwoh Interesse an ihnen besteht. Agressionen gegenüber anderen Personen und sich selbst sind nicht unüblich. […] Häufig wird der Blickkontakt vermieden. […] Im Rahmen dieser Störung wird häufig eine Wachstumsverzögerung beobachtet […]

49.5.3 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10 F94.2)

"[…] Anklammerungstendenzen […] aufmerksamkeitssuchendes Verhalten […] Gleichzeitig können auch weiter emotionale oder auch Verhaltensstörungen auftreten. Betroffen sind häufig Kinder, die als Kleinkinder in Institutionen wie Heimen oder wechselnden Pflegefamilien aufgewachsen sind, so dass man vermutet, dass die Ursache in häufig wechselnden Bezugspersonen liegt." S. 326

49.6 Tic-Störungen (ICD-10 F95)

"[…] für die Beroffenen außerordentlich belastend. Sie äußern sich durch unwillkürliche, sich wiederholende, plötzlich einsetzende nicht-rythmische Reaktionen in Muskelgruppen oder auch in der Produktion von Lauten, die keinerlei Sinn haben. Sie blinzeln, grimmasieren, schlagen sich oder zucken mit den Schultern oer räuspern sich, zischen oder das stoßen obszöner Begriffe

(Koprolalie). […] Nicht selten treten zusätzlliche Störungen wie Zwangssymptome, spezifische Entwicklungs- oder hypochondrische Störungen sowie depressive Störungen und Angst auf." S. 327

"So unterscheidet man:

>F95.0 - vorübergehende Tic-Störung

>F95.1 - chronische motorische oder vokale Tic-Störung

>F95.2 - kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

>F95.8 - sonstige Tic-Störungen

>F95.9 - nicht näher bezeichnete Tic-Störungen" S. 327

49.6.1 Vorübergehende Tic-Störung (ICD-10 F95.0)

"[…] meist bei Kindern im Alter zwischen vier und fünf Jahren auf und dauern nicht länger als zwölf Monate an. Gelegentlich kann es zu Rückfällen kommen. Meist handelt es sich hierbei um solche Tic´s wie Grimmasieren, Kopfschütteln oder Blinzeln." S. 327

49.6.2 Chronische motorische oder vokale Tic-Störung (ICD-10 F95.1)

"[…] existieren seit mindestens zwölf Monaten vokale oder motorische Tics (diese jedoch nicht gleichzeitig)." S. 328

49.6.3 kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom] (ICD-10 F95.2)

"Bei dieser schwersten Form der Tic-Störung leiden Betroffene seit mindestens zwölf Monaten und seit ihrer Kindheit und Jugend häufig chronisch unter multiplen motorischen und zusätzlich unter einem oder mehreren vocalen Tic(s). Dabei müssen diese jedoch nicht zwingend gleichzeitig auftreten. In der Adoleszenz verschlechtern sich die Symptome meist und persistieren sich ins

Erwachsenenalter […] Grunzen, Räuspern oder auch obszöne Phrasen oder Wörter, häufig begleitet mit entsprechenden Gesten (Kopropraxie)" S. 328

49.7 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F98)

"

>F98.0 - nichtorganische Euresis

>F98.1 - nichtorganische Enkopresis

>F98.2 - Fütterstörung im frühen Kindesalter

>F98.3 - Pica im Kindesalter

>F98.4 - stereotype Bewegungsstörungen

>F98.6 - Sonstige andere Verhaltensweisen- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

>F98.0 - Nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend" S. 329

49.7.1 nichtorganische Euresis (ICD-10: F98.0)

"[…] unwillkürlicher Harnabgang ohne organische Ursache […] Dabei unterscheidet man:

> die primäre Euresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert

> die sekundäre Euresis, bei der nach einem bereits bestandenen "Trocken"-Sein wieder eingenässt wird. […]

Zudem geht man stark von genetischen Ursachen aus […] Ansonsten spielen zusätzlich psychosoziale Fakten eine starke Rolle. Von Zeit zu Zeit wird sie von ausgeprägten emotionalen und Verhaltensstörungen begleitet, die sich durch

empfundene Peinlichkeit und Stigmatisierung noch verstärken können oder sogar neu auftreten." S. 330

49.7.2 nichtorganische Enkopresis (ICD-10: F98.1)

"[…] fehlende Kontrolle über den Abgang von […] Stuhlgang mehrmals im Monat an Orten, an denen dies im soziokulturellen Umfeld nicht vorgesehen ist. Manchmal äußert sie sich auch durch das Zurückhalten von Stuhlgang (mit der Gefahr einer Verstopfung) [...] Auch hier unterscheidet man:

>die primäre Enkopresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert und die sich auch bei entsprechendem Toilettentraining nicht verbessert.

> die sekundäre Enkopresis, bei der nach einer bereits bestandenen Kontrolle über den Stuhlgang, diese wieder verloren wird oder er zurückgehalten wird." S. 330

49.7.3 Fütterstörung im frühen Kindesalter (ICD-10: F98.2)

"[…] Nahrungsverweigerung […] ausgeprägtes wählerisches Verhalten bis hin zum wieder Herauswürgen der Nahrung. Immer unter der Vorraussetzung, dass keine organische Ursache vorliegt." S. 330

49.7.4 Pica im Kindesalter (ICD-10: F98.3)

"[…] Essen von Substanzen, die nicht für den Verzehr dacht sind, wie Sand, Erde, Kleber, Papierschnipsel, Haarspitzen ect. und kann so lebensbedrohlich werden. Tritt dies nicht im Rahmen einer Autismuserkrankung auf, wird diese als Pica diagnostiziert.

Meist stammen die betroffenen Kinder aus einer durch Streit, Missbrauch, Alkoholismus oder Kriminalität belasteten Familien und/oder leiden unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden)." S. 331

49.7.5 stereotype Bewegungsstörungen (ICD-10: F98.4)

"[…] Die betroffenen Kinder schaukeln mit dem Körper oder Kopf, zupfen oder drehen ihre Haare oder schnippen mit den Fingern. Manchmal kommt es zu selbstschädigendem Verhalten wie Kopfanschlagen oder in den Augen bohren. Ursache kann ein vorgegangenes belastendes Erlebnis sein. Meist leiden Kinder gleichzeitig unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden)." S. 331

49.7.6 Stottern (ICD-10: F98.5)

"[…] das häufige Wiederholen von Lauten und Silben, manchmal auch ganzen Wörtern, während des Sprechvorgangs. Die Aussprache ist dadurch verzögert, häufig wird innegehalten. Diagnostiziert werden soll das Stottern, wenn es über eine übliche Arrythmie, die in einem Alter vorkommen kann, hinausgeht und die Sprechflüssigkeit über die Maßen beeinträchtigt ist." S. 331

49.7.7 Poltern (ICD-10: F98.6)

"[…] überhöhte Sprechgeschwindigkeit, bei der zugleich die Sprechflüssigkeit im Rhythmus (schnell und ruckartig) gestört ist. Meist ist auch die Satzstruktur falsch, so dass Betroffene häufig von ihrer Umwelt nicht verstanden werden." S.331

49.7.8 Sonstige andere Verhalens- und emotionale Störungen mit Beginn inder Kindheit und Jugend (ICD-10: F98.8)

"In dieses Kapitel werden die

> Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktiviät

> Das Daumenlutschen

> die exzessive Mastrubation > das Nägelkauen und > das exessive Nasebohren eingeordnet. S. 332

49.8 Mögliche Therapieformen

49.8.1 Therapie bei hyperkinetischen Störungen

"

> Aufklärung von Kind, Eltern, Lehrern und initiieren einer Zusammenarbeit

> Familientherapie oder Elterntraining

> kognitive Therapie (Bearbeitung des unorganisierten und impulsiven Verhaltens, Problemtraining) > heilpädagogische Behandlungen

> diabetische Maßnahmen (zum Beispiel keine Phosphate, keine Konservierungsmittel)

> Psychopharmaka (Psychostimulanzien wie Methylphenidat, falls notwendig Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa)

49.8.2 Therapie bei Störungen des Sozialverhaltens

"[…] die Kernsymptomatik einzudämmen und ernsthaften Folgen vorzubeugen. Das geschieht über: > familienzentrierte Verfahren

> Verhaltenstherapie

> lebensumfeldnahe Maßnahmen wie Jugendgruppen und

> in schweren Fällen Psychpharmaka (zum Beispiel Carbamazepin oder Lithium)

49.8.3 Therapie bei emotionalen Störungen des Kindesalters

"[…] Verhaltenstherapie wie die graduierte Reizkonfrontation zum Zuge, dies stark in Einbeziehung der Eltern. Bei depressiven Störungen finden

verhalenstherapeutische und psychodynamische Methoden - zum Beispiel über eine Spieltherapie - Anwendung.

Sind die Symptome ausgeprägt, sollte zusätzlich eine Psychopharmakatherapie nachgedacht werden. Bei Psychosen und Schizophrenien werden atypischen Neuroleptika eine besondere Bedeutung zugemessen." S. 334

49.8.4 Therapie bei Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kleinkindheit und Jugend

"[…] Häufig arbeitet man mit einer analytischen Spieltherapie, aber auch mit einer Familientherapie. Eine Verhaltenstherapie und beim elektiven Mutismus [folgenden] Sprachtherapie kommen schließlich zum Tragen, wenn die Ursache geklärt und zum Teil bearbeitet sind.

Wichtig ist immer eine wertschätzende Haltung dem Kind oder Jugendlichen gegenüber. Psychopharmakologisch arbeitet man häufig mit Antidepressiva, um etwaige Ängste zu reduzieren." S. 334

49.8.5 Therapie bei Tic-Störungen

"[…] werden häufig verhaltenstherapeutisch behandelt. Hier unterstützen helfend Wahrnehmungstrainings, Entspannungsverfahen und Trainings der motorisch inkompatiblem Reaktion. […] [es] werden häufig Neuroleptika wie Risperidon, Tiaprid, Pimozid oder Haloperidol eingesetzt.

Bei einem schweren Tourette-Syndrom haben sich […] Hirnschrittmacher bewährt, die durch elektrische Impulse überaktive Nervenzellen blockieren." S. 334

49.8.6 Therapie bei sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

"Enuresis […] greifen […] verhaltenstherapeutische Maßnahmen, […] Einsatz von Weckgeräten, die ein Signal abgeben, wenn die Kinder einnässen. Bei einer ausgeprägten Schlaftiefe können psychopharmakatherapeutisch trizyklische Antidepressiva eingesetzt werden." S. 335

"Enkopresis […] psychotherapeutische Maßnahmen […] abführende Medikamente bei einer bestehenden Verstopfung eingesetzt." S.335

"Futterstörung […] spezielle Fütter-/Esstherapien, bei denen die Eltern für das Theme fit gemacht werden." S. 335

"Pica […] stereotypen Bewegungsstörungen […] Absicherung vor Gefährdungen wichtig. […] verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit Straffungen des Tagesablaufs (zur Vermeidung von Langeweile), ggf. auch eine tiefenpsychologische Therapie.

Bei starker Gefährdung muss über eine stationäre Unterbringung nachgedacht werden." S. 335

"Stottern und Poltern […] gibt es spezielle Sprachtherapien unter anderem im Rahmen der Logopädie, bei denen entsprechende Maßnahmen erlernt werden, um sich auch <<im richtigen Leben>> verständlich artikulieren zu können."

"sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen werden im Allgemeinen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bearbeitet." S. 335

50. Psychosomatik

"[…] Einflussfaktoren von psychischen Problematiken und Belastungen auf Vorgänge körperlicher Art unter Einbeziehung von Anlage und sozialem Umfeld. Sie geht davon aus, dass unsere Psyche unsere Zellen, Hormonausschüttungen und Organe maßgeblich beeinflusst. [...]

Von psychosomatischen Erkrankungen Betroffene leiden unter körperlichen Symptomen ohne ausreichende somatische Erklärbarkeit." S. 337

50.1 Krankheitsbilder

"

1. Asthma bronchiale
2. Colitus ulcerosa (chronisch entzündliche Darmerkrankung)
3. essentielle Hypertonie
4. chronische Polyarthritis (entzündliche Erkrankung der Gelenke)
5. Neurodermitis
6. Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
7. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)" S. 337 Siehe auch "Holy Seven"

"Betroffene geraten häufig in eine somato-psychische Wechselwirkung, einem Teufelskreis aus Körperwahrnehmung, subjektiven Krankheitsattributen, Symptomen und Angst. Sie fühlen sich häufig allein gelassen, möchten nicht als <<Verrückt>> angesehen, sondern in ihrem

Krankheitsbild ernstgenommen werden. So haben sie häufig bereits einen erschöpfenden Ärztemarathon hinter sich. […] Deuten Ärzte ihnen gegenüber eine mögliche psychische Ursache an, so sperren sich die Betroffenen gegen diese Gedanken." S. 337

50.2 Theorien

>Franz Alexander […] Spezifitätsthese […] spezifischen Zusammenhang zwischen psychischen Konflikten und physiologischen Vorgängen […]

>Max Schur […] Theorie der De- und Resomatisierung […] Befindet sich der Betroffene […] in einer Belastungssituation, kann er in frühkindliche Verhaltensmuster zurückfallen und <<wählt>> beastimmte Organe aus, die sich während seines Lebens als besonders vulnerabel erwiesen haben. Körperliche Symptome dienen hier der Konfliktbewältigung.

>Engel und Schmale […] [Verlust einer wichtigen Person] und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit (Giving up und Given up) als Ursache von körperlichen Erkrankungen uner der Vorraussetzung, dass bereits eine gewisse Vulnerabilität für somatische Beschwerden besteht.

> Pierre Marty […] [&] Kollegen […] Theorie der Alexithymie […]

> Martin Seligman […] Lerntheorie […] Möglichkeit der Konditionierung von körperlichen Vorgängen […] Er sah psychosomatische Phänomene als fehlgeleitete Konditionierungs- und Lernvorgänge, die in einem Teufelskeis münden.

> Thure von Uexküll [….] Situationskreises […] Beziehung von Individuum und Umwelt […] Zusammenspiel von biologisch-körperlichen, emotionalen, typologischen und biopsychosozialen Elementen, dass zu Krankheitsgeschehen [führt]

> Hans Seyle […] Stresstheorie […] psychosomatische Krankheiten als Folge von Stressreaktionen, die zu einer Störung (Homöostase) des inneren Gleichgewichts führten. Der Sympathikus löse eine Alarmreaktion aus, in deren

Folge Widerstand und schließlich Erschöpfung auftreten, die - unter anderem - zu psychosomatischen Erkrankung führen können.

> Allostase-Modell […] homöostasischen Regulationsmechanismen [werden] zusätzlich durch Stress geschädigt." S. 338, 339

51. Psychische Erkrankungen speziell im Alter

"[…] Menschen in einem höheren Alter sehen sich zunehmend mit Problematiken auseinandergesetzt, die auch psychisch belasten können. [wie z.B.] körperliche Erkrankungen, Beendigung der beruflichen Tätigkeit und des <<gebraucht werdens>>,

Angst vor Pflegebedürftigkeit, Angst vor dem Sterben/dem Tod, Verlust der Attraktivität, Verlust von körperlicher Belastungsfähigkeit, belastende Pflege von Angehörigen oder des Partners, schwierige finanzielle Situationen durch geringe Renten, fehlende Ziele im Leben, fehlender Sinn, traumatische Belastungen durch Kriegs- und Nachkiregserlebnisse." S. 341

"Bei der therapeutischen Behandlung älterer Menschen geht es im geringeren Maße um Heilung oder tiefgreifende psychische Veränderungen. Es geht darum, akute Probleme zu lösen, Ressourcen zu nutzen sowie Bedürfnisse zu erkennen und zu behandeln.

Ziel ist es, dass der Patient länger selbständig und aktiv leben kann sowie seine Lebensqualität gesteigert wird. […] bei der Gabe von Psychopharmaka [müssen] mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie Stoffwechsel-Besonderheiten berücksichtigt werden. […] Psychotherapeutisch Tätige in diesem Bereich müssen zumindest grundlegend über körperliche Erkrankungen und auch spezieller Problematiken im Alter Bescheid wissen" S. 342, 343

52. Kulturelle Besonderheiten

In bestimmten kulturellen Kreisen "werden psychische Krankheiten sehr spät erkannt und haben sich dann häufig bereits chronifinziert. […] Die Erwartungshaltung […] in der Therapie ist gelegentlich eher passiv, der Therapeut wird als <<Heiler>> gesehen. [...] Hilfe wird oft eher im religiösen Bereich gesucht. […] Deutschstämmige Therapeuten werden aus der Befürchtung heraus, nicht verstanden zu werden und [oder] aufgrund von Bedenken ethnischer, religiöser oder kultureller Art oft nicht aufgesucht." S. 346

Ende der Zusammenfassung 28.01.2019

Buchzusammenfassung Nr. 4 Start 03.08.2018 Ende 13.08.2018

Leonhard Schlegel

Überblick über historisch und aktuell bedeutsame psychotherapeutische Verfahren

- Psychoanalyse
- Neo-Psychoanalyse
- Von der Symbiose zur Individuation
- Bindungstheorie
- Individualpsychologie
- Individualpsychologische Lebensstilanalyse
- Analytische Psychologie
- Klassische Verhaltenstherapie
- Klientzentrierte Psychotherapie oder Gesprächstherapie
- Rationelle Psychotherapie oder Persuasionstherapie
- Kognitive Psychotherapie
- Verhaltenstherapie nach der kognitiven Wende
- Kommunikationstherapie
- Gestalttherapie
- Systembezogene Betrachtungsweise und systemische Familientherapie
- Schematherapie
- Transaktionale Analyse
- Beziehung der Transaktionalen Analyse zu den anderen psychoth. Verfahren
- Familienaufstellung

2007

EUR 26.- / CHF 40.-

Dr. med. Leonhard Schlegel
Postfach 2129
8502 Frauenfeld
Schweiz

Leonhard Schlegel

Überblick über historisch und aktuell bedeutsame psychotherapeutische Verfahren

2007

Definition von Psychotherapie nach Leonhard Schlegel

„[…] eine Vermittlung, Anregung oder Provokation verwandelnder Erlebnisse. […] Um <<Psychotherapie>> genannt zu werden, muss das Verfahren allerdings, wie J.H. Schulz schreibt, <<mit klarer Aufgabe, klarer Methode und sachlich abgestecktem Ziel>> einhergehen (Schulz 1936/^{2}1953, S.31). <<Klar>> heißt <<transparent>>, <<sachlich abgesteckt>> heißt <<formulierbar>>, inhaltlich im Einverständnis mit dem Patienten. […] Psychotherapie kann problemorientiert sein oder persönlichkeitsorientiert. Im letzteren Fall wird auch von einer <<Umstrukturierung>> als Ziel gesprochen.“ S. 1

Psychoanalyse nach Sigmund Freud

„Daraus entwickelte sich mit der Zeit die <<klassische>> Psychoanalyse, die Hunderte von Sitzungen, je drei- bis fünfmal wöchentlich umfasst und entsprechend jahrelang dauert. In perfektionistischer Weise sollen dabei alle Erlebnisse aus der früheren Kindheit aufgedeckt werden, die das Erleben und Verhalten des Erwachsenen unbewusst bestimmten oder maßgebend beeinflussen. […] Das Langzeitverfahren gilt aber noch als wertvoll als <<Motivationsanalyse>> für Vertreter von sozialen Berufen und als sogenannte Lehranalyse für Psychoanalytiker in Ausbildung.“ S. 5, 6

„Die Psychoanalyse befasst sich mit funktionellen, d.h. nicht durch Veränderung von Körperorganen bedingten Störungen, die Freud als erlebnisbedingt (<<psychogen>>) erkannt hat.“ S. 9

Die Rolle der Sozialisation in der psychoanalytischen Neurosenlehre

„Erziehung hat unter anderem die Aufgabe, das Kind zu sozialisieren. Sozialisation ist <<Führung, Betreuung und Prägung des Menschen durch die Verhaltenserwartungen und Verhaltenskontrollen seiner Beziehungspartner.>>. Ziel ist die <<Anpassung des Einzelnen an das Normensystem der Gesellschaft, das dem Individuum mit einem intensiven Anpassungszwang gegenübertritt>> (Dietrich u. Walter 1970, S. 254) […] S. 12

Die <<klassische>> Psychoanalyse als Langzeitverfahren

„<<klassische Psychoanalyse>> […] ein zeitlich sich ersteckendes Verfahren mit nach Strenger Regel fünf Sitzungen pro Woche bis mindestens 300 Sitzungen im Ganzen. […] diese Forderung wurde nicht immer stur eingehalten.“ S. 16

„Die Deutung oder Auslegung von Träumen spielen in der Psychoanalyse eine wichtige Rolle. Es geht um die <<Wunscherfüllungstheorie>> des Traumes. S. 22

„Der Analytiker bleibt anonym, <<neutral>>, d.h. unvoreingenommen hinsichtlich religiöser und moralischer Wertmaßstäbe.“ S. 23

„Eine Voraussetzung zu einer regelrechten oder eigentlichen Psychoanalyse besteht darin, dass die Analysanden grundsätzlich fähig sind, sich selbst und was in Ihnen vorgeht, mindestens zeitweise, gleichsam an der Seite des Analytikers <<objektiv>> zu betrachten. […] Eine erfolgsversprechende <<klassische>> Psychoanalyse kann also nur durchgeführt werden […] sich gleichsam auch von außen zu betrachten, was die Bereitschaft voraussetzt, sein Selbstbild in Frage zu stellen. Diese Bedingungen schränken die Wahl zur Psychoanalyse geeigneter Personen bedeutend ein.“ S. 24

„Für <<strenggläubige>> Psychoanalytiker steht bei einer <<klassischen>> Psychoanalyse nicht eine Aufhebung von neurotischen Symptomen im Vordergrund. […] Ziel einer <<klassischen>> Psychoanalyse sei vielmehr ganz allgemein die Aufdeckung aller Erlebnisse aus der frühen Kindheit, die gegenwärtige Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten und Motivationen geprägt haben, ohne dass dies dem Betreffenden bewusst ist. Der Gewinn bestehe in einer vertiefenden Selbsterkenntnis und damit auch Menschenkenntnis, was sich als Änderung des Charakters (<<Umstrukturierung>>) auswirkt.“ S. 35

Tiefenpsychologie

„Als <<Tiefenpsychologie>> bezeichnete Eugen Bleuler (1911) die psychologischen Errungenschaften von Sigmund Freud. […] Wichtig ist die Unterscheidung des Begriffs <<Tiefenpsychologie>> als einer psychologischen Betrachtungsweise von der <<Tiefenpsychologie>> als einem therapeutischen Verfahren, nämlich einem solchen, in dem verdrängte und neurotisierende prägende Kindheitserinnerungen nacherlebend bewusst gemacht werden, um sie der Entscheidung des Erwachsenen zu unterstellen. S. 36, 37 [Siehe auch Literaturemfpehlungen auf S. 37]

Bindungstheorie

„Die Bindungstheorie ist die Lehre von einem emotionale Grundbedürfnis, das neben den vitalen Überlebensbedürfnissen von der Geburt an zu stillen ist, um eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten. […] Ausgangspunkt der sogenannten Bindungstheorie [attachment theory] ist die Erkenntnis, dass ein Säugling auf Betreuungspersonen nicht nur zur Befriedigung seiner vitalen („triebhaften“) Bedürfnisse wie Hunger und Durst angewiesen ist, sondern auch zur Befriedigung emotionaler Bedürfnisse, nämlich nach Nähe, Geborgenheit, Schutz und Sicherheit, meines Erachtens aber auch ganz allgemein: nach Kontakt. Dieses dem vitalen Grundbedürfnis zur biologischen Selbsterhaltung zur Seite zu stellende emotionale Grundbedürfnis ist nach John Bowlby angeboren. Seine entwickungsgerechte Befriedigung setzt eine einfühlsame Betreungsperson voraus. Die Betreungsperson wird in der Literatur einfach als <<Mutter>> Bezeichnet. […] Das angeborene emotionale Grundbedürfnis nach Nähe und Kontakt bleibt durch das ganze Leben erhalten […] Menschen, bei denen im Kleinkindesalter das <<Bindungsbedürfnis>> nur unzureichend befriedigt worden ist, erkranken später eher an neurotischen Störungen und ihre Beziehung zu nahestehenden ist häufiger problematisch. […] S. 49, 50

„Dass ein Säugling auch emotional auf ihnen zugewandte Betreuungspersonen angewiesen ist, hat der Psychoanalytiker René Spitz Mitte der 40er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Beobachtungen nachwiesen. […] auch Jugendliche und Erwachsene, sind nach der Bindungstheorie <<darauf angelegt>>, bei Unsicherheit, Gefühl der Isolierung, erst recht bei Angst und Schmerz, die

Zuwendung einer vertrauten Kontaktperson zu suchen und bei dieser, nur schon durch das Aussprechen des Unwohlseins Erleichterung und Geborgenheit zu finden. Bleibt das Bedürfnis nach dem, was Bowlby <<Bindung>> [„attachment“] nennt, in der früheren Kindheit unbefriedigt oder mangelhaft befriedigt, kann das zu einer gestörten Beziehungsfähigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen führen. […] Auch spätere einschneidende Ereignisse, besonders Verlusterfahrungen, [können] die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit beeinflussen.“ S. 53, 54

INDIVIDUALPSYCHOLOGIE nach Manfred Adler

„Die Individualpsychologie ist in dem Sinn Tiefenpsychologie, als sie annimmt, jeder Ursprung einer seelischen Auffälligkeit oder Störung liege in Schlüsselerlebnissen der Kleinkindheit.“ S.65

„Die Frage nach der frühesten Kindheitserinnerung, d.h. die Frage nach dem frühesten Ereignis, das gegenwärtig erinnert werden kann, war für Adler sehr wichtig; sie ist eine der Grundlagen der Individualpsychologischen Lebensstilanalyse […] Ich würde nie einen Menschen untersuchen, ohne nach der ersten Erinnerung zu fragen.“ S. 66

Psychotherapie

„Als Ziel der Therapie nennt Adler die Entfaltung des Gemeinschaftsgefühls und der Verzicht auf das Streben nach Sicherung und Macht (Adler 1914). […] Großen Wert legen die Individualpsychologen darauf, daß sie final an die Erlebens- und Verhaltensweisen eines gesunden oder psychisch gestörten Klienten herangehen. Sie fragen sich, wozu er dieses oder jenes tue, was sein Ziel sei, was er erreichen möchte, ohne daß ihm dies bewusst sein muss.“ S. 67

Individualpsychologische Lebensstilanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Auslegung der sogenannten <<frühesten Kindheitserinnerungen>>

„Eine andere Methode der Lebensstilanalyse ergibt sich aus den Situationen, in denen sich der Patient besonders gut oder besonders schlecht fühlt (Tizte 1979) oder aus der Beantwortung ausführlicher Fragebogen (Thorne nach Titze). –

Vorausgesetzt werden Kenntnisse über die Individualpsychologie nach Alfred Adler. […] Statt von Lebensstilanalyse könnte auch von der Analyse der Lebensleitlinien oder der Analyse des Lebensplanes gesprochen werden. […] Bei der Lebensstilanalyse wird allgemein nach mehreren früheren Erinnerungen gefragt. Es ist dann manchmal möglich, eine Entwicklungslinie aufzudecken. […] Immer soll nach den Gefühlen gefragt werden, welche die Erinnerung begleiten. […] Wichtig ist allein, dass es Szenen sind, die dem Patienten jetzt als frühe Kindheitserinnerungen einfallen, denn was ihm jetzt einfällt, hängt mit seiner gegenwärtigen Haltung zusammen! […] " S. 71, 72
Siehe hierzu auch die Literaturempfehlungen zur Lebensstilanalyse auf S. 80

Analytische Psychologie [Komplexe Psychologie] nach Carl Gustav Jung
„religiöses Erleben und religionswissenschaftliche Überlegungen spielen im Werk von Jung eine große Rolle. […] S. 82
„Für den Psychoanalytiker und den Individualpsychologen ist die prägende Bedeutung frühkindlicher Erlebnisse wichtig. Für Jung gilt darüber hinaus auch die prägende Bedeutung von Erlebnisweisen aus nicht nur geschichtlich überlieferten, sondern auch vorgeschichtlichen menschlichen Daseins bis zurück zur Kultur der Sammler und Jäger vor 2-3 Millionen Jahren. Wir erleben unbewusst immer auch heute noch unter oder neben unserer rationalen Weltsicht animistisch, magisch, mythologisch, mittelalterlich." S. 98

Neurose
„Nach tiefenpsychologischer Auffassung sind Neurosen seelische Störungen auf Grund unbewältigter innerer Konflikte. Nach Jung ringen bei einer Neurose zwei Wesensseiten um die Vorherrschaft […]. S. 98

Polarität
„In den Jugendjahren suchen und finden wir für gewöhnlich unsere Identität, ein Begriff, den, […] Erik Erikson aufgestellt hat. Wir bilden unsere Eigen-Art aus, die uns von anderen unterscheidet. Sie zeigt sich in der Art unseres Erlebens- und Verhaltens und der Bedeutung, dem Sinn und dem Wert, den wir jeweils dem geben, was wir erfahren (<<Bezugsrahmen>>). […] Es entsteht

eine zweite Identitätskrise nach der Pubertät. Zum zweiten mal wird die Frage aktuell: <<Wer bin ich eigentlich?>>." S. 99

Religiösität
„Nach Jung steht der rationalistischen und materialistischen Weltanschauung und Haltung eine religiöse Haltung gegenüber, die geistigen Werten hohe Bedeutung zubilligt, aber bei vielen Menschen verdrängt ist oder doch nur entstellt als Aberglauben, oft auch als politischer Aberglauben, zum Ausdruck kommt." S. 99, 100

Extraversion
„Unter Extraversion ist bei Jung ein Erlebens- und Verhaltensstil zu verstehen, der sich nach äußeren Gegebenheiten richtet, seien dies nun konkrete Dinge du Menschen oder konventionelle Ansichten. Der Extravertierte lebt in einem positiven Bezug zur Mitwelt und Umwelt. Was andere denken, sagen oder tun, interessiert ihn und beeinflusst ihn. Er ist umgänglich und anpassungsfähig, was aber nicht heißt, dass er grundsätzlich <<angepasst>> lebt und reagiert!. Er kann sich gut äußern und rasch reagieren." S. 102

Introversion
„Unter Introversion versteht Jung einen Erlebens- und Verhaltensstil, der sich nach sogenannt inneren Gegebenheiten richtet, seien diese nun eigenständig und unabhängig von äußeren Umständen entwickelte Werte oder aber archetypische, allen Menschen gemeinsame <<Urwerte>> (Archetypen), die nach Jung auch <<in>> der Seele sind. Der Introvertierte ist wenig interessiert, was <<man>> denkt und wie <<man>> auf Ereignisse reagiert. Deshalb wirkt er unabhängiger und unbestechlicher als der Extravertierte. Die Kriterien für die Wahrheit seiner Urteile und die Richtigkeit seines Verhaltens entnimmt er eigenen Überlegungen. Im Umgang wirkt er eher verhaltend. Ganz ursprünglich hat Jung den Introvertierten als <<vorbedenklich>> gekennzeichnet, weil er zuerst Überlegungen anstelle und dann reagiere und handle." S. 102, 103

Extraversion vs. Introversion

„Für einen Extravertierten gilt der Introvertierte als narzisstisch, weil gleichgültig gegen Konventionen. <<Eigen-sinnig>> wäre eine gute Bezeichnung. […] Für den Introvertierten ist der Extravertierte abhängig vpn Mitwelt und Umwelt und deshalb <<unfrei>>. […] Für einen Extravertierten spielt eine wichtige Rolle, was sich um ihn herum ereignet. Für den Introvertierten spielen eigene Gedanken, Bedürfnisse, Phantasien eine wichtigere Rolle. […] Nach Jung ist ein extravertiertes Denken wieder anders als ein introvertiertes Denken. […] Jeder Mensch hat beide <<Einstellungen>>, die extravertierte wie die introvertierte, und hatte alle <<Funktionen>> als Möglichkeit zur Verfügung, aber spezialisiert sich sozusagen im Laufe seines Lebens auf einen Typus, während der andere für ihn <<minderwertig>> bleibt, d.h. primitiv und unterentwickelt. […] Tatsächlich ist immer die Stärke des einen Typus, die Schwäche des anderen, was Beziehungen zwischen gegensätzlichen Typen schwierig macht.“ S. 103, 104

<<Klassische>> Verhaltenstherapie

„Verhaltensweisen und damit auch als krankhaft geltendes Verhalten ist für die <<klassischen>> Verhaltenstherapeuten erlernt und die Behandlung unerwünschten Verhaltens bestehe in Maßnahmen oder Anleitungen zum <<Verlernen>>. Verhalten ist für jedermann beobachtbar, Erfolge eindeutig als Veränderung des Verhaltens festzustellen. Eine zu behandelnde Störung muss also vor der Behandlung als verhaltensbezogen definiert werden. […] Nach <<klassisch>> arbeitenden Verhaltenstherapeuten lenkt die Benennung einer funktionellen psychischen Störung […] als <<krankhaft>> von der Tatsache ab, dass sie <<erlernt>> ist und die Behandlung in <<Verlernen>> oder <<Abgewöhnen>> besteht.“ S. 107

„Systematische Desensibilisierung […] S. 107, […] Aversionstherapie S. 108, […] Operante Konditionierung S. 109, […] Einfache reflektorische Konditionierung S. 110 […] Reizüberflutung S. 111 […], Selbstüberwindendes Üben S. 111, […] Lernen am Modell S. 112 […]“

„Die große Aufmerksamkeit, die tiefenpsychologisch eingestellte Psychotherapeuten der Aufdeckung von, wie sie annehmen, prägenden

Kindheitserlebnissen widmen und ihr Bestreben durch unbewusstes Nacherleben die Heilung zu befördern, ist für <<klassische>> Verhaltenstherapeuten nur eine Liebhaberei, geht es doch alleine darum, Gelerntes oder Angewöhntes zu verlernen. […] Joseph Wolpe, einer Koryphäe der <<klassischen>> Verhaltenstherapie.“ S. 112

Klientenzentrierte [personenzentrierte] Psychotherapie <<Gesprächstherapie>> nach Carls R. Rogers

„Bei einer Problemberatung oder Psychotherapie gehe es darum, Blockierungen dieser <<Selbstaktualisierungstendenz>> zu beheben; dann entwickle sich der Betreffende von selbst zu lebensbejahender und lebensbereichender Reife und Autonomie. […] S. 115.

„Rogers lehnt Diagnosen ab, da er in der Diagnosestellung bereits eine Machtausübung des Therapeuten sieht. […] Das Misstrauen von Rogers gegen die Stellung einer Diagnose ist berechtigt, wenn ein Therapeut damit den Patienten auch als Mensch klassiert und kein Individuum mehr in ihm sieht. Wenn er aber eine Diagnose stellt, um damit die Erfahrungen anderer Therapeuten mit Patienten mit ähnlichen Störungen beiziehen zu können, ist doch wohl nichts dagegen einzuwenden.“ S. 121, S. 122

„Wenn ein Klient einen Psychotherapeuten aufsucht, hofft er etwas von diesem zu bekommen, was mehr ist als nur die Bereitschaft zuzuhören, nämlich Mitgefühl, Selbstbestätigung, vor allem aber Ratschläge.“ S. 123

„Der klientzentrierte arbeitende Gesprächstherapeut erläutert dem Klienten sein Vorgehen etwa folgendermaßen: *<<Ich biete Ihnen an, mit mir frei und offen über alles zu sprechen, was Sie beschäftigt und belastet. Sie bestimmten selbst worüber Sie sprechen. Ich werde mich bemühen, Ihnen dadurch zu helfen, dass ich Ihnen immer sage, wie ich Sie verstanden habe. Ich werde Ihnen keine Ratschläge und Hinweise geben. Es ist unsere Erfahrung, dass man durch solche Gespräche ruhiger und entspannter wird, wenn auch nicht sofort und immer, und dass es in der Regel so ist, dass, je klarer und deutlicher Probleme werden, sich umso eher auch Möglichkeiten und Wege zu ihrer Lösung finden>>* (Biermann 1979/1981, S. 11) S. 124

„Rogers ist der Überzeugung, dass der Klient sein Problem <<in seiner Welt>> und das heißt auch <<mit seinen individuellen Persönlichkeitshintergrund>> lösen muss (Rogers 1951, 1959).“ S. 125

Rationelle Psychotherapie oder Persuasionstherapie nach Paul Dubois

„Die <<psychische Behandlung>> von Dubois besteht zuerst einmal in der Aufklärung des Patienten, wie sein Leiden entstanden ist mit der Versicherung, dass es sich um keine Krankheit handle, sondern um eine Folge hypochondrischer Schlussfolgerungen. Da eine Veranlagung zur Labilität des vegetativen Nervensystems und eine konstitutionelle Ängstlichkeit mitzuspielen scheint, schließt er eine Erziehung des Patienten zu einer stoischeren Geisteshaltung an. Das sein Patient seine Neigungen zu falschen Schlussfolgerungen und zu Ängstlichkeit inskünftig auch unter provozierenden Umständen durchschaut und sich eine stoischere Haltung aus Einsicht angewöhnt, nennt Dubois erfolgreiche Selbsterziehung.“ S. 129

„Von Dubois stammt der Begriff der Psychoneurose (Dubois 1905, S. 20). Wir müssen uns klar sein, daß damals die funktionelle Störungen noch nicht durch „psychische Mittel“ behandelt wurden, sondern mit Medikamenten, Mastkuren und Elektrizität. […] Neurosen aber galten damals als neurologische Leiden.“ S. 130

„Das therapeutische Vorgehen von Dubois besteht darin, die Patienten, die an funktionellen Störungen leiden, davon zu überzeugen, dass sie körperlich völlig gesund sind. Diese Überzeugung begründete Dubois den Patienten gegenüber durch eine genaue Schilderung von der Entstehung ihres Leidens. Nicht nur psychosomatische Symptome, wie im Beispiel beschrieben, sondern auch allgemeine Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit, Leistungsschwäche, Gedächtnisschwund und Hypochondrie seien letztlich autosuggestiv bedingt oder, […] die Folge von Denkfehlern. Die Patienten, die Dubois aufsuchten, hatten sich fast immer bereits mehrmals gründlich untersuchen lassen, ohne dass ein körperlicher Befund hätte erhoben werden können.“ S. 133

Kognitive Psychotherapie nach Albert Ellis, Aaron T. Beck, Donald W. Meichenbaum, Judith S. Beck

„Am treffendsten ist die populäre Bestimmung, dass Kognitionen das sind, was uns durch den Kopf geht, nämlich Gedanken, Überzeugungen, Einsichten, Pläne, Annahmen, Voreingenommenheiten, Erinnerungen, Urteile, Schlussfolgerungen usw. Der übliche Ausdruck <<kognitive Psychotherapie>> ist missverständlich, denn gemeint ist nicht, dass der Therapeut kognitiv vorgeht, sondern dass er sich an den Kognitionen des Patienten orientiert.“ S. 135

„Die Vertreter der kognitiven Psychotherapie unterscheiden psychologisch Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen, die gegenseitig voneinander abhängig sind. Dabei räumen sie den Kognitionen eine besondere Stellung ein. Zur Definition dessen, was unter <<Kognitionen>> zu verstehen ist, eignet sich, wie bereits erwähnt, am besten die populäre Bestimmung: alles das, was uns durch den Kopf geht. Die kognitive Psychotherapie geht davon aus, dass Kognitionen unsere Emotionen und unser Verhalten weitgehend bestimmten, besonders die Kognitionen <<Annahmen>> oder <<Überzeugungen>> [beliefs] über uns selbst, die anderen oder von Leben und Welt als Ganzem. Kennen wir die aktivierten Kognitionen, verstehen wir das Erleben und Verhalten eines Menschen am besten und können über Änderungen von Kognitionen das Erleben und Verhalten beeinflussen und ändern. […] S.135

„Depressionen zeichnen sich durch selbstabwertende Kognitionen aus und solche, welche Hoffnungslosigkeit ausdrücken, […] Bei einer Hypomanie bestehen sich überschätzende Kognitionen“ S. 152

Verhaltenstherapie nach der <<kognitiven Wende>>

„Lernen wird am <Menschen> untersucht und als aktiv, kognitiv gesteuerter Verarbeitungsprozess gemachter Erfahrungen verstanden. […] Das aktuelle Verhalten von Menschen wird nicht mehr als automatisches konditioniertes Reagieren auf determinierende Kontingenzen seitens der äußeren Umwelt verstanden. Das Handeln der Menschen wird vielmehr als aktiver Prozess begriffen, bei dem Motivationen, emotionale Empfindungen und komplexe Denkprozesse eine entscheidende Rolle spielen.“ S. 155

Kommunikationstherapie

„Die Kommunikationstherapie besteht darin, die Patienten und Klienten zu lehren, konstruktiv mit anderen umzugehen, insbesondere konstruktiv miteinander zu reden. <<Kommunikationstherapie>> ist gleichbedeutend mit <<Kommunikationslernen>> und damit ein Zweig der Verhaltenstherapie oder der Kognitiven Therapie (A. U. E. Mandel 1971).“ S. 159

„Die Kommunikationstherapie ist bis jetzt weder historisch noch systematisch eine eigene, allgemein anerkannte psychotherapeutische <<Richtung>> oder <<Schule>>.“ S. 162

„Aggressionen werden, wie allgemein bekannt ist, weitgehend erlernt. Wenn aber andererseits gelernt wird, aggressive Äußerungen zu entschärfen, wird auch die damit verbundene aggressive Stimmung abgebaut. Nach meiner Erfahrung ist Aggressivität häufig eine Abwehr von Enttäuschung und Traurigkeit. S. 166

Gestalttherapie nach Fritz Perls [Frederick S. Perls]

„Ein Gestalttherapeut schafft Gelegenheiten, dass, wer sich ihm anvertraut, seine Selbsterkenntnis überprüft und verbessert. […] Die aufrichtige Beantwortung dieser Fragen führen mich zu mir selber. Sie erhellen meine innere Situation hier und jetzt. […] Ein Weg besteht in der aufrichtigen Beantwortung gewisser Fragen: <<Was tust du jetzt?>> - <<Was fühlst du jetzt?>> - <<Was möchtest du jetzt?>> […] <<Was vermeidest du jetzt?>> und <<Was erwartest du jetzt?>>. Diese fünf Fragen reichen nach Perls als <<Ausrüstung für den Therapeuten>> völlig aus (Perls 1973, S. 94) S. 169

„Ein Gestalttherapeut verhilft den Klienten nicht nur dazu, sich selber besser kennen zu lernen, sondern auch dazu, ein unerledigtes Geschäft abzuschließen. Ein <<unerledigtes Geschäft>> ist eine Situation in der Vergangenheit oder aus letzter Zeit, über die der Betreffende *nicht hinweggekommen* ist oder *nicht hinwegkommt*, eine Hemmung im Fluss des Lebens und im Bezug auf persönliches <<Wachstum>>. […] Zur Gestalttherapie gehört auch die Anregung oder Ableitung, ohne jede Voreingenommenheit hier und jetzt wahrzunehmen, z.B. […] einen anderen Menschen so kenne zu lernen, wie er ist, und nicht so wahrzunehmen, wie ich ihn haben möchte.“ S. 170

„Für Perls wichtig: Bei seiner <<Arbeit>> mit Klienten keine psychologischen Analysen, keine psychologischen Deutungen, kein Rückgriff auf prägende Kindheitserlebnisse, sondern Konfrontationen hier und jetzt. Jedes Darüber-Sprechen ist nach Perls ein schwerwiegendes Hindernis auf dem Weg, zu mir, wie ich wirklich bin, und zum Kontakt mit der Realität, wie sie ist.“ S. 171

„Es geht um die Förderung von Selbsterkenntnis, Selbstverantwortlichkeit, offene und aufrichtige Kommunikation – immer konzentriert auf die unmittelbare Gegenwart, hier und jetzt.“ S. 172

Autonomie und Selbsverantwortung

„Die Erlangung von Autonomie und Selbstverantwortlichkeit kann auch wie eine plötzliche <<Bekehrung>>, eintreffen, meist nach einem Zustand qualvoller Blockierung. Perls spricht von einem <<Minisatori>> (Satori = Erleuchtungserlebnis bei erfolgreichen Zen-Meditationen). […] Wer über seine Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken spricht, kann durch den Therapeuten angeleitet werden, immer beizufügen <<und ich stehe dazu>>. […] Es ist ein Anliegen der Gestalttherapie, dass wir unserer selbst, <<gewahr werden>>, wie wir wirklich sind, und dass wir der Welt oder Realität <<gewahr werden>>, wie sie wirklich ist. Vorurteile, Wunschdenken, Katastrophenerwartungen, intellektuelle Konstruktionen können uns daran hindern. Erving und Miriam Polster machen darauf aufmerksam, dass Vorerfahrungen bestimmen, wie wir die Welt sehen. Das ganze Leben sei <<eine Variation dessen, was er [der Mensch] schon erfahren hat; so ist es mit einem Puffer gegen alles Neue versehen>> (Polster 1973, S. 82) S. 184, 185

„Zur Gestalttherapie gehört auch eine <<Erziehung>> zu einem direkten <<Selbstausdruck>>“ S. 185

Neurotische Mechanismen

„ […] verhindern, dass ich ich selber bin und autonom uns selbstverantwortlich meine Bedürfnisse wahrnehme und in Einklang mit der Um- und Mitwelt befriedige oder aber mich bewusst entscheide, ihre Befriedigung hintenanzustellen.“ S. 186

Systembezogene Betrachtungsweise und Systemische Familientherapie

„Die systembezogene Betrachtungsweise in der Psychotherapie berücksichtigt, daß jeder Mensch, der mit anderen zusammenlebt, in Beziehungsnetze eingeordnet ist. Jedes Mitglied des Systems steht unter dem direkten oder indirekten Einfluss der anderen Mitglieder und beeinflusst diese auch seinerseits. Jedes lebende System, z.B. ein Paar oder eine Familie oder eine Schulklasse, ist, wenn es wirklich lebendig funktioniert, eine sich ständig wandelnde Ganzheit. Zudem sind an einem Paar oder an einer Familie beteiligte Menschen häufig zugleich Mitglieder mehrerer Systeme. […] Der Psychotherapeut bildet übrigens mit dem […] Klienten oder Patienten auch wieder ein System, in das er miteingeschlossen ist. […] Im Grunde genommen beeinflusst er das Therapeuten-Klient-System oder Therapeut-Familien-System gleichsam <<von innen>>. […] Bei einer systembezogenen Therapie sieht der Therapeut den Patienten, wegen dessen er aufgesucht worden ist, von vornherein als Mitglied eines, allerdings dynamisch meist festgefahrenen Beziehungsnetzes, das er als solches therapeutisch zu beeinflussen versucht.“ S. 189

„Kennzeichnend für die Praxis der Psychotherapie unter systembezogene Betrachtungsweise ist, dass sich der Psychotherapeut nicht um eine lineare Ursache der Störung, wegen deren er aufgesucht wird, kümmert und erst recht nicht darum, wer Anlass war oder wer begonnen hat. Er geht ausgesprochen intuitiv vor, wobei natürlich seine Erfahrung, die er sich im Laufe der Jahre erwirbt, in seine Intuition eingeht. – Manchmal geht es einem Therapeuten nur schon darum, in ein erstarrtes System Unruhe zu bringen, damit sich ein anderes, neues Gleichgewicht einstellen kann. S. 190

„In zwischenmenschlichen Systemen besteht eine Neigung, immer wieder neu eine Art Gleichgewicht zu erlangen, sozusagen ein Übereinkommen, was jeder von jedem erwarten darf. Dabei spielen auch unbewusste Regeln, wie auf eine bestimmte Situation reagiert wird, eine Rolle. Veränderte Umstände können zu <<Störungen>> dieses Gleichgewichtes führen, worauf sich ein neues Gleichgewicht einstellen wird, wenn das System nicht auseinanderbricht. […] Manchmal versucht sich ein System gegen <<störende Einflüsse>> abzuschotten. […] Es gibt verschiedene Varianten systembezogener Therapie.

Ich erwähne die strategische Therapie. Bei einer solchen stellt sich der Therapeut u.a. mit Vorliebe die Frage, wie die Mitglieder des Systems bisher ihr Problem zu lösen versuchten und dabei scheiterten […]. Ein total anderer Lösungsversuch, vielleicht sogar in der gegenteiligen Richtung, kann zu überraschenden Erfolgen führen, indem er das ganze System sozusagen <<aus dem bisherigen Geleise wirft>>.“ S. 198, 199

„Bestimmte Interventionen haben sich bei systembezogener Mehrpersonentherapie, zum Teil auch bei systemisch orientierter Einzeltherapie bewährt. […]“ S. 200

Schematherapie nach Jeffrey E. Young

„In Übereinstimmung sind Schemata nach einem englischsprachigen psychologischen Wörterbuch Vorstellungen [mental representations], die das Verständnis begründen für das, was jemand erlebt, indem sie sich auf frühere Erlebnisse beziehen. […] Schemata bestimmen unsere gewohnheitsmäßige Haltung gegenüber uns selbst und/oder gegenüber anderen Menschen, denen wir begegnen, und/oder gegenüber dem Leben als solchem. Sie sind Folgen von früheren Erfahrungen. Die Schematherapie befasst sich mit dysfunktionellen Schamata, also existentiellen Annahmen, welche die Realität verkennen. Sie sind im allgemeinen Folgen von Erlebnissen in der frühen Kindheit, werden dann aber rigide aufrecht erhalten, obgleich sie später nicht mehr der Realität entsprechen und verhindern, ein erfülltes Lebens zu führen.“ S. 203

„Störungen des Erlebens und Verhaltens und Persönlichkeitsstörungen werden in der Schematherapie auf […] dysfunktionale Schemata zurückgeführt. Die Schematherapie besteht darin, die Patienten auf ihre dysfunktionellen Schemata, allenfalls auch auf Vermeidungen und Überkompensationen, aufmerksam zu machen und sie anzuleiten das dysfunktionelle Schema zu korrigieren. […] Meines Erachtens besteht die Möglichkeit, dass Schemata, die wir innerhalb unserer Kultur als dysfunktionell auffassen, in einer anderen Kultur als funktionell angesehen werden.“ S. 204

„Jeffry E. Young, der Begründer der Schematherapie [hat jene Therapieform] […] zur Behandlung von abnormen Persönlichkeiten entwickelt, weil ihn die

Erfolge der <<klassischen>> Kognitiven Therapie […] nicht befriedigt hat. […] Es handelt sich bei der Schematherapie um eine Fortentwicklung der Kognitiven Therapie. […]“ S. 210

„Young und seine Mitarbeiter beschreiben achtzehn dysfunktionelle […] Schemata, von denen sehr häufig bei einem Patienten mehrere gleichzeitig aktiviert sind, d.h. dein Erleben und Verhalten bestimmen, meistens eines besonders betont.“ S. 211

„Im Stich gelassen, […] Vertrauensmissbrauch […], Emotionale Frustration, […], Minderwertig […], Mangelndes Zugehörigkeitsgefühl […], Abhängigkeit […], Katastrophenerwartung […], In eine Symbiose eingebunden […], Versagen […], Mangelnde Beschränkung [..], Grandiosität mit Anspruchshaltung […], Unzureichende Selbstbeherrschung und mangelnder Durchhaltewillen […], Unterwerfung […], Selbstlos Helfen […], Selbstwertgefühl abhängig von der Anerkennung […], Düstere Perspektive […], Nur nicht spontan […], Perfektionismus […], Fehler sind unnachsichtig zu bestrafen – meine und die anderer! […], Dem Schema ausgeliefert […], Vermeidung […], Überkompensation […]“ S.214, 215

„Das Ziel der Therapie besteht darin, den Patienten von der Befangenheit in die dysfunktionellen Schemata zu befreien und diese durch realitätsgetreue Erlebens- und Verhaltensweisen zu ersetzen.“ S. 217

Transaktionale Analyse nach Eric Berne [Eric Lennhard Bernstein]

„Für Berne ergänzen sich die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und schließen sich keineswegs aus, wie ihre Vertreter meistens annehmen. […] Die Transaktionale Analyse ist als Psychotherapie *ein richtungsübergreifendes Verfahren*. […]

(1.) *Skript:* Aus Schlüsselerlebnissen der frühen Kindheit wird die Vorstellung von sich selbst, von den anderen und der Welt und dem Leben als Ganzes ins Erwachsenenleben übertragen, ebenso die Vorstellung, wie ich unter diesen Voraussetzungen das Leben am besten bestehen werde. Das Skript ist eine realitätsverkennende Vor-Annahme bei der Auslegung von Erlebnissen.

(2.) Ich-Zustände: Jedermann kann (a) wie ein Kind oder als Kind, d.h. kindlich erleben und sich verhalten; jedermann kann aber auch (b) gegenüber sich selbst oder anderen als Elternperson, d.h. in Gesinnung und Reaktion elternhaft auftreten, einerseits d.h. im Sinn der Bindungstheorie Geborgenheit und Zuflucht anbieten, andererseits sozialisierend Normen vertreten und vermitteln; jedermann kann schließlich auch unter Umständen (c) sachlich und realitätsangemessen wahrnehmen, urteilen und entscheiden. Diese drei Verfassungen, Einstellungen, Haltungen oder Gestimmtheiten werden in der Transaktionalen Analyse als Kind-Ich-Zustand, als Eltern-Ich-Zustand, als Erwachsenen-Ich-Zustand bezeichnet. S.221, S. 222

(3.) Analyse von Transaktionen: Als Grundeinheit einer Kommunikation gilt die *Transaktion*, d.h. eine verbale oder averbale Anrede und die verbale oder averbale Antwort. […] Eine Unterhaltung oder Auseinandersetzung besteht also aus ineinander verketteten Transaktionen. Zur Transaktionsanalyse im engeren Sinn gehört aber auch die Beobachtung, dass eine Anrede aus dem Kind-, aus dem Eltern- oder aus dem Erwachsenen-Ich-Zustand ausgehen und sich je nachdem an einen der drei Ich-Zustände des Angesprochenen richten kann, der seinerseits wieder aus einem der drei Ich-Zustände reagiert.“ S. 222

(4.) Psychologisches Spiel: Darunter wird eine Kommunikation verstanden, bei der nicht <<mit offenen Karten>> gespielt wird, im Allgemeinen indem die Sachebene vorgeschützt wird, während das Motiv auf der Beziehungsebene liegt […]. Wenn sich zwei Kontrahenten darüber streiten, wer Recht hat oder wer begonnen hat oder wer schuld ist, ist fast immer ein psychologisches Spiel im Gang, denn es geht nur scheinbar um eine sachliche Frage, im Grunde genommen aber um eine Rivalität.“ S. 222

(5.) Grundeinstellung: […] I

Ich bin nicht O.K., du bist (die anderen sind O.K.) […] Ausdruck eines Minderwertigkeitsgefühls […]

Ich bin O.K., du bist (die anderen sind) nicht O.K. […] Ausdruck eines Überlegenheitsgefühls […]

Ich bin nicht O.K., du bist nicht O.K. […] Keiner ist etwas wert […]

Ich bin O.K. du bist O.K. […] ist moralisch anzustreben; sie schließt keineswegs aus, dass ich mein Verhalten oder das anderer beanstande, aber mich wie den anderen, mit dem ich mich möglicherweise auseinandersetze, als Person akzeptiere.“ S. 222

„Am treffendsten lässt sich sagen, es handle sich bei den vier Grundeinstellungen um den Ausdruck von Selbstwertgefühlen. […] S. 239

„Die Transaktionsanalyse als Psychotherapie hat Behandlungsleitziele […]. Die Lehre und das Werk von Eric Berne sind einerseits von tiefenpsychologischen Erfahrungen und Gedankengängen nach Freud und Adler geprägt. Andererseits ist Berne einer der Pioniere der Kognitiven Therapie und als solcher auch von Albert Ellis anerkannt […]. Das eigentliche Ziel der Transaktionalen Analyse als psychotherapeutisches Verfahren ist nach Berne die Analyse des Skripts. […] Zur Psychologie vom Skript gehört obligat, dass neue Erfahrungen so ausgelegt werden, dass Sie das Skript bestätigen, ja, dass mit diesem Ziel sogar Gelegenheiten scheinbar gezielt aufgesucht oder sogar arrangiert werden. […] Weiter werden auch Alltagserfahrungen und Erinnerungen bevorzugt so ausgelegt, dass sie die Skriptüberzeugungen bestätigen. Andere Erfahrungen und Erinnerungen werden übersehen oder sind <<nicht der Rede wert>>. Wer einem Skript verhaftet ist, wozu wir alle neigen, wird möglicherweise über längere Zeit immer wieder mit Realitätsverkennungen ganz gut leben, besonders wenn sie von der Umwelt geteilt werden […]. Die Realitätsverkennungen können aber schließlich so aufdringlich werden, dass sie zu ernsthaften Beziehungsstörungen, Verdrängungen und Verleugnungen und zu neurotischen Symptomen führen.“ S. 222, 224, 229

„Berne versteht unter einer Transaktion, wie bereits ausgeführt, die <<Grundeinheit jeder Sozialaktion>>, nämlich die averbale oder verbale Frage oder Mitteilung (<<Botschaft>>), die eine Person an eine andere richtet, zugleich mit der Reaktion oder Antwort dieser zweiten Person. […] Berne geht davon aus, dass eine Botschaft von einem zum anderen Individuum aus einem bestimmten Ich-Zustand gesandt wird und sich an einen bestimmten Ich-Zustand im anderen richtet. […] Kommen sie nicht dort an, wohin sie sich vom

Sender gerichtet haben, kann es, […] zu Missverständnissen kommen […] zu einem Unterbruch des Kommunikationsflusses.“ S. 233

Psychologische Spiele

„[…] Kommunikationen, bei denen mindestens ein Kommunikationspartner ein für ihn vorteilhaftes Anliegen, ohne es offen zu deklarieren, verfolgt, wobei er sein Ziel durch taktische Manöver zu verwirklichen trachtet- und dies bewusst oder unbewusst.“ S. 234

„[…] eine spielfreie Beziehung entspreche zwar einem Ideal der Transaktionalen Analyse, solche Beziehungen seien aber außerhalb kleiner ausgewählter Kreise kaum je zu verwirklichen. Üblicherweise seien <<Spiele>> die <<interessantesten Möglichkeiten>> mitmenschlichen Umgangs […]. S. 237, 238

Neuentscheidungstherapie (TA)

„[…] therapeutisches Verfahren, das durch Robert Goulding und Mary McClure Goulding eingeführt worden ist. […] der Patient, der eine Neuentscheidung fälle, [habe sich], auch wieder in dieses Alter [der Kindheit] zurückzuversetzen. Der Patient wird aufgefordert, eine Szene aus der Kleinkinderzeit wieder zu erleben, in der er eine <<Entscheidung>> getroffen habe, die sich heute noch negativ auswirke. […] Es geht darum, dass der Patient in der Rolle als Kleinkind sich jetzt dem Gebot oder Verbot *nicht* unterzieht, sondern seine Autonomie behauptet.“ S. 252

„Die Neuentscheidung wird ermöglicht durch die Einsicht, dass die ganze Situation des Patienten jetzt eine andere ist als damals, als er völlig von seinen Eltern abhängig gewesen war. […] er versetzt sich mit dem ganzen Hintergrund seiner gegenwärtigen Person wieder in jene Zeit zurück.“ S. 253

Familienaufstellung durch Bert Hellinger

„Die Familienaufstellung nach Hellinger ist nicht zu verwechseln mit der klassischen systemischen Familientherapie (Systemische Betrachtungsweise), obgleich sie auch als <<systemisch>> bezeichnet werden kann. Die <<Familie>>, wie sie Hellinger auffasst, umfasst mehr Mitglieder, als aktuell

zusammenleben, nämlich auch längst verstorbene oder kürzlich verstorbene, frühere Partner der Eltern oder ihre Geschwister, insofern Hellinger direkte oder indirekte bedeutsame psychologische Beziehungen zum Klienten oder Patienten vermutet. […] Es kann dies zu einer Erweiterung der Konstellation weit über das hinausführen, was gemeinhin als Familie bezeichnet wird." S. 281

„Hellinger kennt nur eine von ihm als beachtenswert geltende therapeutische Wirkung: die unmittelbare Betroffenheit des Klienten während der Aufstellung […] S. 288

„Nach welchen Ereignissen in der Vergangenheit des Patienten, die gegenwärtiges Erleben und Verhalten mit-bestimmen, sucht Hellinger? […] Der eine Psychotherapeut such nach sozial belastenden Prägungen in der früheren Kindheit, ein anderer nach in der frühen Kindheit fixierten Selbst- und Weltbildern, wieder ein anderer nach durch sozialisierenden Einflüssen verdrängten Triebimpulsen und vierter vielleicht nach gegenwärtigen störenden Verhaltensweisen, die als erlernt aufgefasst werden können – usw. – Alternativen, die sich nicht unbedingt gegenseitig ausschließen! „ S. 289, 290

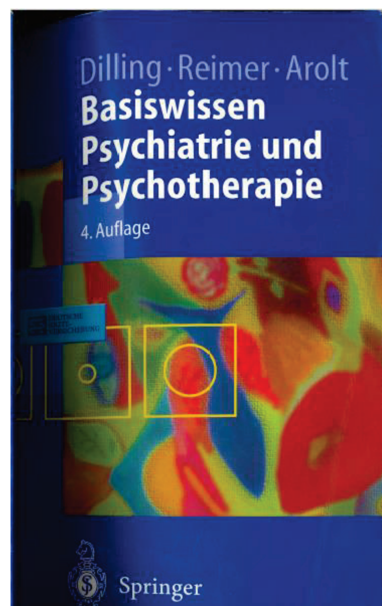
„[…] ohnehin habe der Therapeut keinen Einfluss darauf, was der Klient mit dem tue, was er bei der Familienaufstellung erfahren habe. <<Der Patient bleibt frei und kann sich auch ganz anders entscheiden, unabhängig von der Therapie>>." S. 298

Systemische Eskalation

Nachlesen über die Folgen einer systemischen Eskalation !

Schönes Wort: Charakterpanzer

Ende der Zusammenfassung



Professor Dr. Horst Dilling
em. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Professor Dr. Christian Reimer
Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin
Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstraße 33, 35385 Gießen

Professor Dr. Volker Arolt
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Westfälische Wilhelms Universität Münster
Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster

ISBN 3-540-67395-4 Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN 3-540-63023-6 3. Auflage Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

2

Einleitung

„Die Psychotherapie besteht aus kontinuierlicher Zuwendung im Gespräch, Vermittlung von Geduld, Betonung des Krankheitscharakters der Depression und ihrer guten Behandelbarkeit, Ansprechen möglicher Suizidgedanken. Verschiedene spezielle Methoden zur Depressionsbehandlung, z.B. analytische Psychotherapie nach Benedetti; verhaltenstherapeutische Konzepte, insbesondere die kognitive Psychotherapie nach Beck als strukturierte Methode zum Abbau negativer Einstellungen und Kognitionen. […] Interpersonale Psychotherapie nach Klerman und Weissmann (IPT) als fokussierte Form der Kurztherapie, in der die gegenwärtigen zwischenmenschlichen Probleme, die mit der depressiven Episode verknüpft sind, bevorzugt bearbeitet werden.“ S.122

„[…] darüberhinaus gilt es aber in der Psychiatrie, einfühlend Zusammenhänge zu <<verstehen>>, einen Versuch zu machen, das Erleben des Patienten nachzuempfinden. […] “ S. 3

1. Psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation

1.1 Patiententypen

1.1.1 Der Motivierte Patient

„Besuch in der Praxis des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten bzw. Aufnahme ins Krankenhaus, meist nach Voranmeldung und Terminvereinbarung für ein Gespräch.“ S. 6

1.1.2 Der überwiegend abwehrende Patient

„Kommt in der Regel auf Fremdveranlassung hin (Angehörige, Freunde, Arbeitgeber) zur Untersuchung; Gespräch mit dem Patienten ist möglich, jedoch besteht keine Motivation, Hilfe anzunehmen.“ S.7

1.1.3 Der psychisch schwererkrankte Patient

„Häufig Notfallaufnahmen von erregten, stuporösen, agitiert depressiven oder deliranten Patienten; Beobachtung und Untersuchung ohne Kooperation des Patienten; erste Informationen über Fremdanamnese.“ S. 7

3

2. Anamneseerhebung

Kurzcharakteristik des Patienten

Anamnese
- Familienanamnese
- Lebensgeschichte des Patienten
- Primärpersönlichkeit
- somatische Anamnese
- psychiatrische Anamnese

Befund
- psychischer Befund
- somatischer Befund
- weitere Befunde

Beurteilung und Diagnose

Dokumentation
- Krankengeschichte
- Arztbrief
- Basisdokumentation

Abbildung 1 Vgl. S. 8

2.1 Familienanamnese

„

[>]Soziale und berufliche Situation

[>]Charakterisierung der Eltern und Geschwister, evtl. sonstiger Angehöriger, vor allem der Großeltern

[>]Familienklima

[>]Erbkrankheiten

[>]psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen

[>]Suizide

[>]Suchtkrankheiten

[>]Kriminalität

[>]Sonstige Besonderheiten“ S. 13

2.2 Lebensgeschichte des Patienten

„Hilfreich ist die Unterscheidung in äußere und innere Lebensgeschichte“ S. 14

2.2.1 *äußere Lebensgeschichte*

„

[>]Geburtsort

[>]Lebensraum in Kindheit und Jugend

[>]Schwangerschafts- und Geburtssonderheiten

[>]Kindergarten

[>]Schulbesuch

[>]Studium/Lehre

[>]berufliche Entwicklung

[>]Partnerschaft

[>]Heirat

[>]Kinder

[>]wirtschaftliche Situation

[>]Wohnverhältnisse“ S. 14, 15

2.2.2 *innere Lebensgeschichte*

„

[>]frühkindliche Entwicklung

[>]erste Erinnerungen

[>]Neurotizismen in der Kindheit (Primordialsymptome)

[>]Bezugspersonen

[>]Erziehungsstil der Eltern

[>]Geschlechtsrolle etc.

[>]sexuelle Entwicklung

[>]Ehe und Partnerschaften

[>]Erleben der Sexualität

[>]Kinder und deren Entwicklung

[>]Sozialkontakte, Freunde

[>]Religion und Weltanschauung

[>]Freizeitaktivitäten, Hobbies, Steckenpferde, individuelle Interessen“ S. 15

2.3 Primärpersönlichkeit

„Versuch die […] Persönlichkeitseigenschaften […] möglicherweise auch die Persönlichkeitsstruktur […] aus den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen zu erschließen.“ S. 15

2.4 Somatische Anamnese

„Erhebung früherer und gegenwärtiger Erkrankungen und Behandlungen, Abgrenzung funktioneller Störungen.“ S. 15

2.5 Psychiatrische / psychotherapeutisch psychosomatische Anamnese

„Die spezifische Anamnese sollte mit folgenden Fragen die Vorgeschichte der gegenwärtigen Beschwerden (evtl. auch frühere psychatrische/psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen) klären:

[>]Weshalb hier?

[>]Seit wann bestehen die Probleme oder Beschwerden?

[>]Klärung der Auslösesituation?

[>]Ist der Patient von sich aus gekommen oder auf ärztliche Überweisung hin (Empfehlung durch wen)?

[>]Gegenwärtige Behandlung mit vollständigen Angaben zur Medikation?

[>]Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung?

[>]Erleben der gegenwärtigen Krankheit ?

[>]Einstellung zur Krankheit?

[>]Erwartungen an die Behandlung?“ S. 15, 16

3. Befund

3.1 Psychischer Befund

„

[>]Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache […]

[>]Bewußtsein und Vigilanz […]

[>]Empfindungen und Wahrnehmung […]

[>]Denken und Vorstellen […]

[>]Affektivität […]

[>]Antrieb […]

[>]Ich-Erleben […]

[>]Intelligenz […]

[>]Sonstige Merkmale […]

[>]Verhalten in der Untersuchungssituation […]“ S. 16, 17

- ***Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache:***
  - Kleidung und Schmuck, Frisur, Körperpflege (gepflegt/ungepflegt, verwahrlost, modisch/konventionell, ärmlich/protzig)
  - Körpergeruch (oft spezifisch; Alkoholfahne?)
  - Physiognomie, Hände und Fingernägel (abgekaute Nägel?)
  - Zähne (bei vielen Suchtkranken ungepflegtes Gebiß)
  - Gang (behindert oder frei?), Atmung
  - besondere Eigentümlichkeiten?
  - Gestik und Mimik (Tics, Dyskinesien, Verlegenheitsgesten?)
  - Sprechverhalten (Stimmklang, fehlende oder übertriebene Modulation der Stimme, manierierte, kindliche Sprechweise, natürliche Stimmhöhe, gepreßte Sprache etc.?)
  - Sprechstörungen wie Stottern, Stammeln, Poltern, nichtartikulierte Laute?
  - Sprache (Niveau des Sprachverständnisses und Ausdrucksvermögens, Verbalisierung dem Bildungsstand entsprechend?), Sprachschwierigkeiten bei Ausländern berücksichtigen

- ***Bewußtsein und Vigilanz***
  Voraussetzung für
  - Aufmerksamkeit
  - Konzentration
  - Merkfähigkeit
  - Gedächtnis und Orientierung
- ***Empfindung und Wahrnehmung***
  - Mißempfindungen
  - Illusionen
  - Halluzinationen etc.
- ***Denken und Vorstellen***
  - formale Denkstörungen
  - inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- und Zwangsvorstellungen
- ***Affektivität***
  - Depression
  - Euphorie etc.
- ***Antrieb***
  - Antriebsstörungen
  - psychomotorische Störungen etc.
- ***Ich-Erleben***
  - Ich-Störungen wie Entfremdungserlebnisse
  - Gedankenausbreitung, Gedankenentzug etc.
  - Autismus
- ***Intelligenz***
  - angeborene Intelligenzminderung
  - erworbene Intelligenzminderung

- ***Sonstige Merkmale:***
  - Krankheitsgefühl (Empfindung des Schweregrades der Erkrankung)
  - Krankheitseinsicht (Akzeptanz der Krankheit und ihrer Behandlung, Bereitschaft zu Compliance, Arbeitsbündnis)
  - Leidensdruck (subjektives Erleben der Beeinträchtigung durch die Krankheit)
  - Krankheitsgewinn: primärer (z.B. trotz unangenehmer psychosomatischer Symptome Konfliktvermeidung) und sekundärer (z.B. äußere Zuwendung durch Angehörige, Rente etc.)
  - Simulation (Vortäuschung einer Krankheit)
  - Dissimulation (Vortäuschung von Gesundheit und Leugnung der Krankheit)
  - Selbstbeschädigung und Suizidalität
- ***Verhalten in der Untersuchungssituation:***
  - Kontaktaufnahme (freiwillig oder erzwungen; zuhause, in der Arztpraxis oder auf der Intensivstation; Hilfesuchverhalten oder Ablehnung)

- Reaktionsfähigkeit
- Wechselbeziehung zwischen Patient und Untersucher

Abbildung 2 Vgl. S. 16, 17

3.3 Somatischer Befund

„

[>] körperliche, insb. Internistische, neurologische, klinische Untersuchungsbefunde

[>] Laborergebnisse, Röntgen, EKG, EEG, CCT, Kernspintomographie, PET usw.“ S. 18

3.4 Weitere Befunde

„Neben den klinisch-psychologischen Testfragen kann der psychopathologische Befund z.B. durch Einsatz bzw. Ergebnisse psychologischer Testverfahren untermauert werden.“ S. 18

4. Beurteilung und Diagnose

„Bei der Beurteilung und Diagnose eines Falles sollte in […] [einer bestimmten] Reihenfolge vorgegangen werden.“ S. 18 [genaue Reihenfolge siehe S.18]

„Es ist zu differenzieren zwischen der umfangreichen diagnostischen Beurteilung im Sinne einer individuell vorgehenden, umfangreichen nosologischen Beschreibung unter Verwendung diagnostischer Termini einerseits und andererseits der Diagnosestellung im Sinne einer oder mehrere Störungen, die sich in einer Klassifikation finden.“ S. 18

4.1 Psychiatrische Diagnose nach dem triadischen System

„

[<] körperlich begründbare psychische Störungen (exogene Psychosen / organische Psychosyndrome)

[<] endogene Psychosen (Schizophrenie und affektive Psychosen)

[<] psychogene Störungen

[…]

4.1.1 tetradisches System (zzgl. alle Punkte von 4.1)

„[<] sog. <<Spielarten des Normalen>>: Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung.“ S. 21

>>>Schichtenregel nach Jaspers

„Bei Vorliegen mehrerer Störungen (Mehrfachdiagnosen, Komorbidität) kann man nach der sog. Schichtenregel nach Jaspers vorgehen: die schwerwiegendere Erkrankung bzw. die körperlich begründbare Störung hat Vorrang.“ S. 21

5. Dokumentation

5.1 Krankengeschichte

„[…] ist der Versuch eines objektiven Berichts unter Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmungen des Untersuchers: anschaulich konkrete Darstellung, möglichst mit Personalien (Adresse, Alter, Telefonnummer!), sowie die Dauer der Bekanntschaft des Referenten mit dem Patienten notiert werden.“ S. 22

5.2 Psychiatrischer Arztbrief S. 22

5.3 Basisdokumentation

„Systematische Kurzdokumentation auf Vordrucken, enthält soziodemographische und diagnostische Charakterisierung von Patienten bei Behandlung in stationären oder ambulanten Institutionen.“ S. 23

6. Psychopathologie

„[…] ist die Lehre von den psychischen Phänomenen und Symptomen der psychiatrischen Störungen und Krankheiten. […] Aufgabe der klinischen Psychopathologie ist die systematische Analyse und Dokumentation der beobachteten Symptome und Befunde, primär im Querschnitt, aber auch im Verlauf.“ S. 24

6.1 Elementarfunktionen und Ihre Störungen

Bewußtsein/Vigilanz
- Quantitative Bewußtseinsstörung
- Qualitative Bewußtseinsstörung

Aufmerksamkeit/Gedächtnis
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

Orientierung
- Orientierungsstörungen

Wahrnehmung
- Quantitative Wahrnehmungsstörungen
- Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Denken
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen

Affektivität
- Affektive Störungen

Antrieb
- Antriebsstörungen
- Psychomotorische Störungen

Ich-Erleben
- Ich-Störungen

Intelligenz
- Angeborene Intelligenzminderung
- Erworbene Intelligenzminderung

Abbildung 3 Vgl. S. 24, 25

6.1.1 Bewusstsein/Vigilanz [Wachheit]

6.1.1.1 Reflektierendes Bewusstsein

„[…] unmittelbar auf die Person selbst bezogene Wissen um geistige und seelische Zustände, d.h. Wissen um die Beziehung zwischen Bewußtseinsinhalt (Erleben, Erinnerung, Vorstellung, Denken) und dem Ich, dem etwas bewußt ist. Voraussetzung reflektierenden Bewußtseins ist Vigilanz (Wachheit). Nur dadurch sind Auffassen und Erkennen (in Verbindung mit dem persönlich-

lebensgeschichtlichen Kontext) möglich. Die Prüfung des reflektierenden Bewußtseins ist nur indirekt über Beobachtung der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merk- und Gedächtnisfähigkeit möglich.“ S. 25

6.1.1.2 Quantitative Bewusstseinsstörung/Vigilanzstörung, Bewusstseinsminderung

„[…] bei hirnorganischen Störungen, Intoxikationen, schweren Allgemeinerkrankungen, Leichtere Formen auch bei körperlicher Erschöpfung, schwere Formen nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Stoffwechselstörung sowie präfinal.“ S. 26

6.1.1.3 Qualitative Bewusstseinsstörung

Formen

„

[>] Bewusstseinstrübung […]

[>] Bewusstseinseinengung […]

[>] Bewusstseinsverschiebung/-erweiterung“ S. 26, 27 (Detailierte Informationen auf S.26,27)

6.1.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis

„Die Aufmerksamkeit […] Konzentration und Auffassung sind eng mit Merkfähigkeit und Gedächtnis verknüpft. Diese Funktionen sind schwer isoliert zu prüfen!“ S. 28

6.1.2.1 Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen S. 28

6.1.2.2 Auffassungsstörungen

„Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in Ihrer Bedeutung zu begreifen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Auffassung kann falsch oder verlangsamt sein oder fehlen.“ S. 29

6.1.2.3 Merkfähigkeitsstörungen

„Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10min zu merken und ins Gedächtnis einzuprägen.“ S. 29

6.1.2.4 Gedächtnisstörungen

„Störung der Erinnerungsfähigkeit, Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, länger als ca. 10 min zurückliegende Eindrücke im Gedächtnis zu behalten bzw. abzurufen.“ S. 29

„In Bezug auf die Funktionsprüfung sind zu unterscheiden:
[>] Immediatgedächtnis (Ultrakurzzeit-, Arbeitsgedächtnis) […]
[>] Kurzzeitgedächtnis […]
[>] Langzeitgedächtnis“ S. 30

6.1.3 Orientierung

„Fähigkeit, sich zu Zeit, Ort, Situation und auch bzgl. der eigenen Person zurechtzufinden und die entsprechenden Angaben zu machen. *Voraussetzung*: keine beträchtliche Störung der Vigilanz, keine Ausgeprägte Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörung!“ S. 31

6.1.3.1 Orientierungsstörung

„[…] fehlende oder unzureichende Fähigkeit, sich aktuell zu Raum und Zeit und der eigenen Person zu äußern. Der Betroffene wirkt unsicher bis desorientiert.“ S. 31

„Formen:
[>] Zeitliche Orientierungsstörung […]
[>] Örtliche Orientierungsstörung […]
[>] Situative Orientierungsstörung […]“ S. 32

6.1.4 Wahrnehmung

6.1.4.1 Quantitative Wahrnehmungsstörungen

„[…] falsche Wahrnehmung meist im Sinne von lückenhafter oder verminderter Wahrnehmung.“ S. 32

„Ausweitung und Beschleunigung, Fragmentierung oder Einengung sowie Fehlen der Wahrnehmung aufgrund von Aufmerksamkeits-, Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen.“ S. 32

6.1.4.2 Qualitative Wahrnehmungsstörungen

„[…] veränderte Wahrnehmungen bei veränderten Realitätserleben oder Wahrnehmungserleben ohne entsprechende Sinnesreize.“ S. 32

„Formen:
[>] **Illusionen** […] **Affektillusion** […] im Gegensatz zur Halluzination ist bei der illusionären Verkennung der Wahrnehmungsgegenstand tatsächlich vorhanden. Im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung, wo der Gegenstand richtig erkannt, ihm jedoch eine abnorme Bedeutung beigemessen wird, hier Verkennung des Gegenstandes.“ S. 33

„[>] **Halluzinationen** […] Trugwahrnehmungen, d.h. Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Sinnesreiz, die für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. […] Halluzinationen sind auf sämtlichen Sinnesgebieten möglich, so im Bereich des Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, des Tastsinns, aber auch im Bereich von Temperatursinn und Schmerz sowie des Bewegungsgefühls (kinästhetische Halluzinationen):“ S. 33

„[>] Akustische Halluzination […] sind manchmal aus der Mimik des Kranken zu vermuten (Blick in Richtung der Stimmen!). Zwischen Stimmenhören, Gedankenlautwerden und Gedankeneingebung (siehe Ich-Störungen!) ist gelegentlich schwer zu unterscheiden. […]“ S. 33

„[>] Optische Halluzinationen: szenische Halluzinationen oder Wahrnehmung kleiner Gegenstände, Figuren, Tiere […] Divide hypagoge Halluzinationen: optische Sensationen beim Aufwachen oder Einschlafen.“ S.33

„[>] Olfaktorische und Geschmackshalluzinationen: treten häufig gemeinsam auf oder gehen phänomenologisch ineinander über. […]“ S.33

„[>] Haptische (taktile) Halluzinationen: Wahrnehmung im Bereich der Haut oder Schleimhaut.“ S. 34

„[>] Leibhalluzinationen: leibliche Beeinflussungserlebnisse von außen durch Hypnose, Apperate oder Strahlung.“ S.34

„[>] Zönäthesien: abstruse leibliche Empfindungen eigenartige Körpergefühlstörungen unterschiedlichster Qualität ohne den Charakter des Gemachten z.B. Ringgefühle, Brennen, Bohren, Verfaulen, Levitation ect.“ S. 34

„[>] Pseudohalluzinationen entsprechen Halluzinationen mit dem Unterschied, daß das Realitätsurteil erhalten ist, Auftreten unabhängig vom Willen.“ S. 34

„[>] Sonstige Wahrnehmungsstörungen

1. (nicht halluzinatorische) Leibesgefühlsstörungen
2. Dysäthesien: veränderte unangenehme Wahrnehmungen auf der Körperoberfläche, etwa bei Berührung
3. Pareidolie: ähnlich der Illusion, jedoch nicht vom Affekt getragen
4. Makropsie, Mikropsie, Metamorphosie; auch u.U. Hypakusis und Verschwommensehen als einfache Wahrnehmungsveränderungen.“ S. 34

6.1.5 Denken

„Zentrale Ich-Funktion im Zusammenhang mit Vorstellen und Urteilen. Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrnehmungen, Assoziationen und Denkzielen und setzt die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraus.“ S. 34

„Störungen des Denkens sind in Bezug auf formalen Denkvorgang (formale Denkstörung) und auf Gedankeninhalt (Wahn, Zwang) möglich.“ S. 34

6.1.5.1 Formale Denkstörungen

„Es handelt sich um subjektive und objektive Veränderungen und Abwandlungen des normalen Denkvorgangs. Bedeutungsveränderungen und unlogisches Denken werden als vorwiegend formal gestört angesehen, obwohl hier auch eine Störung des Denkinhalts vorliegt.“ S. 35

„Formen:

[>] **Hemmung des Denkens:** subjektiv empfundene Erschwerung des Denkablaufs hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung, die auch bei offensichtlichen Bemühen des Patienten nicht behoben werden kann; Einengung, Mangel an Einfällen.

[>] **Verlangsamung:** objektiv wahrgenommene Verzögerung des Denkablaufs. Gedankengang ist mühsam und schleppend. (Gegenteil: Beschleunigung)

[>] **Perservation:** […] inhaltlich: Haften, an einem Thema <<kleben>>. Eingeengter Gedankengang, da Umstellung auf neue Denkziele kaum möglich. […] verbal: Verbigeration […]

[>] **Umständlichkeit:** mangelnde Abstraktionsfähigkeit; keine Trennung von Wesentlichen und Nebensächlichem. Der Patient verliert sich in Einzelheiten, ohne jedoch vom Ziel gänzlich abzukommen (weitschweifig!)

[>] **Vorbeireden (Danebenreden):** trotz Verständnis der Frage (aus Antwort und/oder Situation ersichtlich) nicht beabsichtigtes (!) an der gestellten Frage „Vorbeiantworten“

[>] **Sperrung des Denkens/Gedankenabreißen**: plötzlicher Abbruch eines zunächst flüssigen Gedankenganges, zuweilen mitten im Satz, ohne erkennbaren

Grund; u.U. Themawechsel; Sperrung „subjektiv“ erlebt – Gedankenabreißen „objektiv“ beobachtet

[>] **Begriffsverschiebung** […] **Konkretismus:** Begriffe können nur noch wörtlich, nicht im übertragenen Sinne verstanden und eingesetzt werden […] **Symboldenken:** Begriffe werden nur im übertragenem (methaphorischen) Sinne verstanden; Denken in Symbolen, die für Erlebniskomplexe stehen, nicht in abstrakten Begriffen.

[>] **Begriffszerfall:** Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen.

[>] **Kontamination:** Unterschiedliche, z.T. logisch unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt. Das äußert sich sprachlich u.a. in Wortneubildungen.

[>] **Neologismus/Wortneubildung:** Vorkommen z.B. im Traum, oft bei Schizophrenie

[>] **Zerfahrenheit:** zusammenhangloses und alogisches Denken; dissoziierter Gedankengang. […] Im Extremfall bruchstückhafte, beziehungslose Sprache, unzusammenhängende Wörter oder Wortreste („Wortsalat“)

[>] **Inkohärenz:** zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger qualitativer Bewusstseinsstörung (exogene Psychosen vom amentiellen Typ). Das Denken absolut zusammenhanglos, d.h. die einzelnen Bruchstücke ohne Beziehungen zueinander.

[>] **Ideenflüchtiges/sprunghaftes Denken:** Unmöglichkeit, etwas längeren Gedankengang zu Ende zu führen, da ständig neue Assoziationen und Einfälle auftauchen. Das Denken wird nicht mehr von einer Zielvorgabe straff geführt. Patient „gerät vom Hundertsten“ ins Tausenste. Gesamtzusammenhang gelockert, bleibt jedoch verständlich; leichte Ablenkbarkeit durch Außenreize

[>] **Logorrhoe:** unkontrollierter Redefluß […]

[>] **Gedankendrängen:** übermäßiger Druck vieler Einfälle oder auch ständig wiederkehrender Gedanken.“ S. 35, 36

6.1.5.2 Inhaltliche Denkstörungen

„Störung der Inhalte des Denkens, stets im Zusammenhang mit Störung des Realitätsurteils

Formen:

6.1.5.2.1 Wahn

[>] **Wahn** […] aus krankhafter Ursache entstehende, […] irrige, gegenwärtig nicht korrigierbare Überzeugung von unmittelbarer Gewißheit, meist im Sinne der Eigenbeziehung. Obwohl Widerspruch zur Realität, dennoch unmittelbare persönliche Evidenz (Wahngewißheit); kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung […] Wahn entsteht häufig in Verbindung mit Störungen der Affektivität als synthymer (kongruenter) Wahn z.B. als Verarmungs- oder Schuldwahn bei Depressionen.“ S. 36, 37

[>] **Wahngedanken**, **-ideen und –vorstellungen** (synonym verwendet) gehören der Vorstellungswelt des Kranken an

[>] **Wahnwahrnehmung** […] einer realen Sinneswahrnehmung [wird] abnorme Bedeutung beigemessen (zweigliedrig).

[>] **Wahneinfall:** plötzliche intuitive Gewißheit im Sinne eines Wahngedanken ohne äußeren Anlaß […]

Der Wahn im zeitlichen Verlauf:

[>] **Wahnstimmung** […]

[>] **Manifester Wahn/Wahngewißheit** […]

[>] **Residualwahn**“ S. 37

„Wahnthemen/-inhalte

[>] Beziehungswahn […]

[>] Beeinträchtigungswahn […]

[>] Kontrollwahn […]

[>] Verfolgungswahn […]

[>] Querulantenwahn […]

[>] Eifersuchtswahn […]

[>] Größenwahn […]
[>] Schuldwahn […]
[>] nihilistischer Wahn […]
[>] Symbiontischer Wahn […]“ S. 38

6.1.5.2.2 Überwertige Ideen

„[…] nichtwahnhafte, aber inhaltlich als Komplex fest miteinander verbundene Gedanken, die in unangemessener Weise die Person beherrschen.“ S. 38

6.1.5.2.3 Zwang

„Auftreten von Vorstellungen und Handlungsimpulsen, die als der Person zugehörig aber ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind (trotz ihres als unsinnig erkannten Charakters). Keine willentliche Beeinflussung möglich. Quälendes Erleben, bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. […]

Formen:
[>] Zwangsgedanken […] Zu Zwangsgedanken werden gerechnet: Zwangsgrübeln, Zwangsvorstellungen, Zwangserinnerungen, Zwangsbefürchtungen […]
[>] Zwangshandlungen […]
[>] Zwangsimpulse […]“ S. 39

6.1.6 Affektivität

„Zusammenfassende Bezeichnung für Gefühle, Affekte und Stimmungen. Die Affektivität (das Gefühlsleben, die Emotionalität, das Gemüt) ist persönlichkeitsbestimmend. Spezielle Leibwahrnehmungen wie Hunger, Schmerz, sexuelle Erregung […] sowie allgemeinere Leibwahrnehmungen (Gemeingefühle, Vitalgefühle) bestimme die Befindlichkeit und tragen die Stimmung.“ S. 39

6.1.6.1 Affektivitätsstörungen

„Störungen von Stimmung und Gefühlen (Emotionalität), einschließlich abnormer Affekte. In Verbindung mit Störungen der Affektivität treten häufig Insuffizienzgefühle und synthyme (zur Stimmung passende, kongruente) Wahninhalte wie Verarmungswahn, Schuldwahn oder auch Größenwahn auf. „ S. 39, 40

„Formen:
[>] Affektlabilität […]
[>] Affektinkontinenz […]
[>] Stimmungslabilität […]
[>] Depressivität […]
[>] Euphorie, Hypomanie, Manie […]
[>] Dysphorie […]
[>] Affektverflachung […]
[>] Apathie […]
[>] Torpidität […]
[>] Ambivalenz […]
[>] Parathymie […]
[>] Gefühl der Gefühlslosigkeit […]
[>] Störung der Vitalgefühle (Vitalstörungen) […]
[>] Angst […]
[>] Phobie […]“ S. 40

6.1.7 Antrieb

„[…] verantwortlich für die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer. Der Antrieb unterhält Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft. Vorallem am Ausdrucksverhalten und an der Psychomotorik zu erkennen.“ S. 41

6.1.7.1 Antriebsstörungen

„Steigerung oder Verminderung oder Veränderung der wirkenden Persönlichkeitskraft. Eine Veränderung, die vom Willen nicht zu steuern ist.“ S. 41

„Formen:
[>] Antriebsschwäche/-mangel […]
[>] Antriebshemmung […]
[>] Antriebssteigerung […]
[>] Beschäftigungsdrang […]
[>] Mutismus […]“ S. 42

6.1.7.2 Psychomotorische Störungen

„Störung der durch psychische Vorgänge gesteuerten Bewegungen, Desintegration von psychischen und motorischen Funktionen.“ S. 42

„Formen:
[>] Hyperkinese […]
[>] Akinese/Hypokinese […]
[>] Katalepsie […]
[>] Stupor […]
[>] Stereotypien […]
[>] Manierismen (Maniertheit) […]
[>] Faxen (syndrom) […]
[>] Raptus […]“ S. 42

6.1.8 Ich-Erleben

6.1.8.1 Ich-Störungen

„Formen:
[>] Entfremdungserlebnisse (ubiquitäres Erleben) […] Depersonalisation […] Derealisation […]
[>] Beeinflussungserlebnisse […]
[>] Transitivismus […]
[>] Doppelte Persönlichkeit (doppeltes Bewußtsein) […]“ S. 43

6.1.9 Intelligenz

„Unterscheidung von praktischer Intelligenz, d.h. Fähigkeit zur Lösung von Aufgaben des täglichen Lebens, und theoretischer Intelligenz mit Leistungen wie Begriffs- und Urteilsbildung“ S. 43

6.1.9.1. Angeborene Intelligenzminderung (Oligophrenie)

„Formen:
[>] leichte Intelligenzminderung (Debilität) […]
[>] mittelgradige Intelligenzminderung (Imbezillität) […]
[>] schwerste Intelligenzminderung (Idiotie) […]“ S. 44

6.1.9.2. Erworbene Intelligenzminderung

„Verlust von im frühen Leben erworbenen intellektuellen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen […]
[>] Pseudodebilität: Vortäuschung eines Schwachsinns (ähnlich auch Ganser-Syndrom: bewußtseinsnahes Vortäuschen von intellektuellen Ausfällen) […]
[>] Depressive Pseudodemenz: scheinbare Verblödung bei schweren Depressionen im Alter (vor allem subjektiv erlebt); Hemmung der kognitiven Funktionen.“ S. 44

7. Körperlich begründbare psychische Störungen

„[…] Erkrankungen, deren Ätiologie [Ursache] körperlich zu begründen ist (diffuse oder lokale Schädigung des Gehirns).“ S. 47

7.1 Exogene Psychosen S. 48f.

7.2 Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome

„Bezeichnung für psychische Störungen aufgrund organischer Hirnveränderungen, die wegen im allgemeinen fehlender Produktivität nicht die <<Wertigkeit>> von Psychosen erlangen.“ S. 51

8. Missbrauch und Abhängigkeit

„Zahlreiche psychotrope Substanzen werden verwendet, um in missbräuchlicher oder abhängiger Weise Effekte hervorzurufen, die die Betreffenden gefährden oder schädigen. Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit stehen in Interaktion mit Persönlichkeit (Disposition und Entwicklung), Umwelt (Sozialfeld und Gesellschaft) und Droge (Angebot, Erreichbarkeit, Wirkung).“ S. 73

„Der Begriff <<süchtige Fehlhaltung>> beinhaltet auch süchtige Verhaltensweisen (nicht stoffgebundene Süchte) wie Spielsucht ect.“ S. 73

9. Schizophrene Psychosen

„Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Ursache und Entstehung sind bisher ungeklärt; wahrscheinlich wirken zahlreiche genetische und nicht genetische Faktoren zusammen.“ S. 98

9.1 Umgang mit schizophrenen Patienten

9.1.1 Wahnhafte Patienten

„Zuhören wenige Fragen stellen […]. Den Patienten mit seinem Wahn akzeptieren, nicht so tun, als ob man die Wahninhalte für Realität hielte. Erst später [Über]Prüfung, inwieweit Distanzierung vom Wahn möglich ist. Halluzinatorisches Verhalten kann angesprochen werden („Was hören Sie gerade?“)

9.1.2 Unruhige, aggressive Patienten

„Versuchen, mit ruhigem Gespräch und Zureden den Patienten langsam aus seiner Erregung zurückholen.“ S. 111

„Wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die dem Patienten die Möglichkeit läßt, Nähe und Distanz selbst zu bestimmen, und die es ihm ermöglicht, sich in depressiven suizidalen oder erneuten akuten psychotischen Manifestationen an seinen Therapeuten zu wenden.“ S. 112

9.1.2.1 **Sozialtherapie / Rehabilitation**

„

[>] **Schaffung eines möglichst natürlichen Behandlungsmilieus** […]

[>] **Realitätstraining:** Besprechung aktueller Situationen, Copingverhalten [Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase]; Rückzugstendenzen entgegenwirken […]

[>] **Spezielle therapeutische Aktivitäten**: Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Werktherapie, Gartentherapie, Gymnastik und Sport, Musiktherapie, Soziodrama, Entspannungsübungen, Entspannungsgymnastik; Stufenweise Heranführung an Selbstverantwortlichkeiten, Selbstbewußtsein […]

[>] **Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen** (s.oben)“ S.112

[>] wichtig für die Wiedereingliederung in die Familie ist der Grad der „expressed emotions“ zwischen den Familienangehörigen […]

[>] **Behandlungsinstitutionen** (möglichst gemeindenah): Tageskliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, beschützte Arbeitsplätze, Patientenklubs, Angehörigengruppen, Heime zum Dauerwohnen“ S.112

„Die Belastung des Patienten darf nur bis zu einer von Patient und Therapeut gemeinsam auszulotenden Grenze erfolgen, die im Laufe der Zeit mehr Spielraum zuläßt. Überforderung kann zu Suizidalität führen!“ S. 112

10. Affektive Psychosen

„Affektive Psychosen sind „Psychotische Erkrankungen mit Störungen der Affektivität (Verstimmung), die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern können: Manie und Depression/Melanchonie." S. 116

10.1 Auslösende Faktoren

„Werden immer wieder diskutiert, jedoch nicht immer nachweisbar:

10.1.2 somatische Faktoren: z.B. Grippe, hormonelle Störungen, Operationen, Abmagerungskuren, Wochenbett

10.1.3 psychische Faktoren: unspezifische Auslöser privater und beruflicher Art (z.B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, chronische Konflikte, Einsamkeit/Vereinsamung, Umzug, schwere Kränkungen, Entlastung nach anhaltender Belastung, kritische Lebensereignisse etc.), (sind) dem Patienten häufig nicht bewußt." S. 118

10.2 Prognose

„Der Ausgang affektiver Psychosen reicht von Vollremission [vollständige Verschwinden aller Zeichen] – über seltene – leichte Residualzustände, Chronifizierung bis zu Tod während einer Phase bzw. durch Suizid; Prognose wird durch allgemein erhöhte Mortalität, Suidzidrisiko, Rückfallgefährdung und Chronifizierung verschlechtert. Rückfallgefährdung z.B. durch mangelnde Compliance (Medikamenteneinnahme) oder durch chronische Stressoren, mangelhaftes soziales Netz, soziale Unterstützung." S. 118

11. Depression / Melancholie (depressive Episode F 32, F 33)

11.1 Symptome

11.1.1 Affektivität:

„traurige Verstimmung im Sinne von <<Herabgestimmt sein>>; Gefühle innerer Leere, Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit […] Gefühle von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Pessimismus/Zweifel/Resignation (<< Es wird nie besser werden!>>; Insuffizienzgefühle, Selbstentwertung und

Selbstagressivität (Suizidgefahr!), schwere Schuldgefühle; Tagesschwankungen (häufiger mit Morgentief und gebesserter Stimmung am Abend); Ängste (Alltag, irreale Ängste, existentielle Angst) S. 118

Gefühl der Gefühlslosigkeit

„Unfähigkeit zu positiven Gefühlen ebenso wie zu Traurigkeit, Weinen, Sympathiegefühlen gegenüber Bezugspersonen" S. 118

11.1.2 Antrieb

11.1.3 Antriebshemmung (gehemmte Depression);

„noch kürzlich bewältigte Alltagsaktivitäten werden zum Problem, Arbeitsunfähigkeit, Initiativelosigkeit; schwerste Form der Antriebshemmung: depressiver Stupor (kaum Reaktionen auf Ansprache, kaum Bewegung, insgesamt eher selten)" S. 119

11.1.4 Antriebssteigerung (agitierte Depression):

„Depression mit starker innerer und/oder motorisch geäußerter Unruhe, deutlich geäußerte Verzweiflung, stereotyp wiederholte Klagen" S. 119

11.1.5 Vitalstörungen und vegetative Symptome:

„Druckgefühl auf Brust- oder Bauchraum, Mißempfindungen mit verschiedener Lokalisation; Durchschlafstörungen (mit zerhacktem Schlaf und Früherwachen); Appetitverlust bzw. –mangel (Konsequenz: Gewichtsabnahme); Obbstipation; Verlust von Libido und Potenz, evtl. mit sekundärer Amenorrhoe; allgemeines Abgeschlagensein, ständige Müdigkeit" S. 119

11.1.6 Denken:

"

11.1.6.1 formal:

Denkhemmung. Das Denken ist verlangsamt, einförmig, unproduktiv, reduziert auf wenige Inhalte (Schlaf, Stuhlgang, negative Kognitionen), geringe Aufnahmefähigkeit für neue Gedanken und Anregungen; intellektuelle

Funktionen erhalten, aber krankheitsbedingt nicht voll verfügbar. Bei älteren Depressiven u.U. Pseudodemenz, nach Remission auch Normalisierung der kognitiven Funktionen." S. 119

11.1.6.2 inhaltlich:

„Depressiver Wahn mit folgender Thematik:

11.1.6.2.1 Schuld und Versündigung:
extreme Selbstvorwürfe, z.T. wegen lange zurückliegender, harmloser Verfehlungen; entsprechend irrationale Angst vor den Folgen […]

11.1.6.2.2 hypochondrischer / Krankheitswahn:
unkorrigierbare Gewißheit, eine schwere, evtl. zum Tode führende Krankheit zu haben […] leichtere Form: extreme Sorge um die eigene Gesundheit

11.1.6.2.3 **nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom):** Existenzvernichtung, bezogen auf die eigene Existenz, die
Familie, die ganze Welt" S. 119

11.1.6.4 Zwangsgedanken

„können führende Rolle spielen (anakastische Depression), z.B. Tötungsimpulse gegen den Partner, die eigenen Kinder oder sich selbst" S.119

Depression/Melancholie ist „weniger ein Symptom allein, als vielmehr ein charakteristischer, für endogene Depression/Melancholie spezifischer Symptomenkomplex. In der Regel mehrere Vitalsymptome und Verlust von Aktivität/Energie; typisch auch Tagesschwankungen mit Morgentief, schwere Schlafstörungen. Ferner typische Verlaufskriterien: Frage nach früheren depressiven Phasen, früheren manischen Phasen, manischen oder hypomanischen Nachschwankungen" S. 120

11.2 Besondere Formen der schweren Depression

11.2.1 Depressive Syndrome in Schwangerschaft und Wochenbett

11.2.2 Depressive Syndrome im Klimakterium

11.2.3 Erschöpfungsdepression

„insbesondere durch Dauerbelastung; häufig bei neurotischen Grundkonflikten bzw. bestimmter Persönlichkeitsstruktur. Symptomatik: Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, diverse psychosomatische Beschwerden" S. 120

11.2.4 Lavierte Depression

„depressive Verstimmung als Hintergrundsymptom, leibliche Mißempfindungen, z.B. Herzrytmusstörungen, über typische depressive Symptome wird nicht geklagt, sie verbergen sich aber „maskiert" hinter den vorgebrachten Körperbeschwerden. Patienten mit laviert depressiver Symptomatik verlangen oft besonders intensive organmedizinische Untersuchungen." S. 120

11.2.5 Involutionsdepression

„häufig psycho- oder auch somatogene Auslösung; psychogene Auslöser: […] Trennung vom Lebenspartner, Bewältigung von Schwierigkeiten mit Kränkungen […] und somatischen Erkrankungen, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben" S. 121

11.2.5 Depression im Senium

„häufig in Verbindung mit somatischen Erkrankungen bzw. hirnorganischen Abbauprozessen, aber auch Einsamkeit und sozialer Isolierung; Suizidgefahr besonders groß." S.121

11.2.6 Hirnorganische Depression

„z.B. bei Hirnerkrankungen und dadurch bedingten Psychosyndromen: auch bei Epilepsie" S. 121

11.2.7 Symptomatische Depression

„Depressionen als Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen […] Depressivität häufig auch in biologischen Umbruchzeiten (Pubertät, Schwangerschaft, Prämentruum, Klimaterium)" S. 121

12. Manie (manische Episode F 30)

„Patienten mit manischer Psychose fehlt meist subjektives Krankheitsgefühl." S. 122

13. Mischzustände (bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode F31)

„Im psychopathologischen Querschnitt sowohl manische als auch depressive Symptome (nicht zu verwechseln mit rasch alternierenden depressiven und manischen Schwankungen im Verlauf einer bipolaren affektiven Psychose (Kurzzykler – rapid cycler) sowie schizoaffektiven Psychosen)" S. 124

Symptome: „Rascher Wechsel von Stimmungsgehobenheit und tiefer Verzweiflung" S. 124

Diagnose: „Häufig rascher Wechsel depressiver und manischer Symptome. Eine klare Zuordnung zu Depression oder Manie kann schwierig sein. Tritt häufig im Übergang von depressiven zu manischen Phasen und umgekehrt auf." S. 124

14. Sonstige affektive Störungen S. 124

15. Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen

15.1 Schizoaffektive Psychosen (F 25)

„Endogene Psychosen mit Symptomen aus dem Überschneidungsbereich des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises." S. 127

Synonyma: „Mischpsychose, atypische endogene Psychosen; zu diesem Bereich gehörig: zykloide Psychosen" S. 217

15.2 Sondergruppe: Zykloide Psychosen

15.2.1 Angst-Glück-Psychose

15.2.2 Erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose

15.2.3 Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose

15.3 Akute vorübergehende Psychosen (F 23)

„aktut innerhalb von Tagen auftretende, kurzdauernde psychotische Syndrome unterschiedlicher Genese (insbesondere nach aktueller Belastung). Vorkommen besonders häufig in den Ländern der Dritten Welt. Viele dieser Störungen wurden früher als psychogene oder reaktive Psychosen klassifiziert." S. 128

„Formen:

5. **Polymorphe Störungen** mit oder ohne typisch schizophrene Symptome: wechselnde produktive Symptomatik, starke affektive Schwankungen von Glücksgefühlen und Ekstase bis zu Angst und Reizbarkeit
6. **Akute schizophreniforme Störungen**

Darüber hinaus finden sich akute depressive und karatone Syndrome, so wie solche, bei denen Bewußtseinsstörungen im Vordergrund stehen." S. 127

15.4 Wahnentwicklungen (F 22)

„Entwicklung eines anhaltenden Wahns, in der Regel ohne sonstige produktive Symptome wie Halluzinationen sowie ohne tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung. Oft finden sich psychogen erklärbare Entstehungsbedingungen bei angenommener Disposition. Therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsbilder." S. 127

15.4.1 Formen von Wahnentwicklung

15.4.2 Paranoia / sensitiver Beziehungswahn

15.4.3 Querulantenwahn (Paranoia querulans)

„Psychopathologisch Übergang überwertiger Idee zum systematisierten Wahn.
Wahnhafte Überzeugung, ständig Rechtskränkungen zu erleiden
Prämorbide Persönlichkeit: starrsinnig, rechthaberisch, oft nachdrücklich, auch kampfelustig“ S. 130

15.4.4 Eigengeruchsparanoida

„Gelegentlich als isolierter Wahn mit eingebildeter Wahrnehmung von unangenehmen Eigengeruch z.B. Fäkalgeruch. Beginn als überwertige Idee, z.B. nach Äußerungen aus der Umwelt; auch als Symptom im Rahmen von schizophrenen Psychosen.“ S. 130

15.4.5 Dysmorphophobie

„Wahnhafte Entwicklung des Inhalts, von der Umwelt wegen eines vermeintlichen oder tatsächlichen Körperfehlers […] Folge der Wahnentwicklung: depressive Verstimmungen, auch suizidale Handlungen, u.U. psychotische Dekompensation. Gelegentlich auch bei beginnender Schizophrenie. Übergang von überwertiger Idee zu Wahn.“ S. 131

15.4.6 Dermatozoenwahn

„Gewißheit, daß am Körper kleine Tierchen, Parasiten, Würmer ect. Vorhanden sind (Mißempfindungen bzw. taktile Halluzinationen).“ S. 131

15.4.7 (Prä)seniler Beeinträchtigungswahn / Kontaktmangelparanoid

„häufig in Zusammenhang mit hirnorganischem Abbau, aber auch bei vereinsamten Personen, nach Verlust des Kontakts zur Umgebung. Oft jahrelang anhaltendes, der Umgebung verborgen bleibendes Syndrom.“ S. 131

15.4.8 Wahnentwicklung bei Schwerhörigen

„bei Verlust des Kontakts zur Umgebung durch Hörverlust, ähnlich dem Kontaktmangelparanoid. Vergleichbare Störung auch in sprachfremder Umgebung sowie nach langer Isolation in sensorisch-deprivierender Situation.“ S.131

15.4.9 **Induzierte wahnhafte Störung (symbiotischer Wahn, Folie á deux) F24**

Übernahme der Wahnsymptomatik eines Kranken durch einen nicht wahnkranken Partner der auch eine ganze Gruppe (Familie); der Primärerkrankte suggeriert dem Partner seine Wahninhalte (z.B. Verfolgungswahn, […] etc.). Erkrankung der Primärperson häufig an paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie.“ S. 131

16 Neurosen

16.1 Allgemeiner Teil

„Krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung; Versuch einer Kompromißbildung zwischen subjektiv nicht zu vereinbaren Tendenzen. Erklärung der Symptomatik (abnormes Erleben und Verhalten, evtl. auch mit funktionellen Störungen):“ S. 137

16.1.1 aus psychoanalytischer Sicht„Fehlentwicklung/ -haltung mit Symptomcharakter durch Reaktivierung in Adolszenz/jungem Erwachsenenalter von ätiogisch und pathogenetisch bis in die Kindheit zurückreichenden, unbewußten, nicht gelösten infantilen Konflikten; intrapsychische Konflikte zwischen psychischen Substrukturen“ S. 137

16.1.2 aus lerntheoretischer Sicht

„erlerntes (klassisch wie auch operant konditioniertes) Fehlverhalten“ S. 137

16.2 Allgemeine Neurosenlehre

16.2.1 Psychoanalytisches Phasenmodell (Neurosenentwicklung) S. 138 f.

16.2.2 Psychoanalytische Instanzenlehre, Ich-Psychologie und Abwehrmechanismen

16.2.3 Instanzenlehre S. 140

16.2.4 Ich-Psychologie

„zentrale Bedeutung des Ichs ist Regelung und Bewältigung der z.T. divergierenden Wüsche/Bestrebungen/Forderungen von Es und Über-Ich. Konfliktanfälligkeit z.B. durch Triebwünsche vs. Verbote (Es vs. Über-Ich) unter Berücksichtigung der Realität (Realitätsprüfung). Das Ich verfügt über eine Reihe von Abwehrmechanismen, die bei Angst (Signal bei drohender Reizüberflutung) einsetzen.“ S. 141

16.2.5 Abwehrmechanismen

„

7. **Verdrängung** der mit dem Gesamtleben nicht zu vereinbarenden eigenen Impulse oder auch äußerer Erfahrungen/Erlebnisse in den Bereich des Unbewußten. Eine Form von Nichtwahrhabenwollen […]. Das Verdrängte bleibt aber aus dem Unterbewußtsein heraus wirksam
8. **Verleugnung** schmerzhafter bzw. schamhafter, unangenehmer Teile der Realität
9. **Projektion:** Eigene Konflikte/Wünsche/Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) und dort häufig bekämpft, d.h. Verlagerung eigener Vorstellungen auf einen anderen Menschen, an dem diese Regungen (tatsächlich oder vermeindlich) wahrgenommen und möglicherweise kritisiert werden, während die im eigenen Erleben nicht ertragen werden können
10. **Identifikation:** Bestrebungen, Ziele, Persönlichkeitscharaktika anderer werden in das eigene Selbst integriert und damit zu eigen gemacht
11. **Reaktionsbildung:** Verkehrung ins Gegenteil (z.B. besonders freundliche Behandlung eines ungeliebten, verachteten Gegenübers)
12. **Regression:** Rückzug (phantasiert und/oder im manifesten Verhalten) in frühere Entwicklungszeiten („harmonischer Primärzustand“). Häufiger Abwehrmechanismus bei starken Kränkungen/Versagungen und dadurch bedingter Frustration
13. **Verschiebung:** Konflikthaft erlebte Impulse/Gefühle gegenüber einer Person werden auf andere (Personen oder Sachen) verschoben
14. **Rationalisierung:** Versuch, einem abgewehrten Motiv eine moralisch akzeptable Lösung zu geben
15. **Wendung gegen das Selbst:** Wendung eines Triebimpulses (z.B. Wut) gegen die eigene Person
16. **Sublimierung:** sozial bzw. kulturell akzeptierte und gratifizierte Ersatzbestätigungen für das Ausleben von Triebimpulsen
17. **Isolierung:** Gedanken werden von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit „unschädlich“ gemacht

18. **Spaltung:** Trennung von „total guten“ und „total bösen“ Objekten z.B. in der Übertragung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur
19. **Ungeschehenmachen:** Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durchneue Gedanken/Handlungen, die häufig gegenteilige Bedeutung haben.
20. **sog. Psychosoziale Abwehr:** belastende Manipulation anderer zur eigenen Konflikt- und Leidensantlastung. Beispiel: Eine Mutter stiftet Ihren Sohn zu Streichen an, an die sich selbst nie traute, und bestraft ihn womöglich dafür.“ S. 141, 142

16.2.6 Neurotische Depression (Dysthymia F34.1)

„Überwiegen nichtpsychotischen depressiven Erlebens (Verstimmung) und Verhaltens (Gehemmtheit)“ S. 142

„**Symptomatik:** depressive Verstimmung, Selbstwertproblematik, Hemmungen, Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Angst (z.B. vor Ablehnung, Trennung, Verlassenwerden, Verlust), Arbeitsstörungen,

16.2.7 Zwangsneurose (Zwangsstörung F42)

„Patient leidet unter verschiedenen, sich ihm aufdrängenden Zwängen bzw. Zwangsimpulsen, gegen die er sich nicht oder nur mit großer Anstrengung wehren kann. Auftreten zwangsneurotischer Symptome häufig bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (Neigung zu Kontrolle, Perfektionismus; Streben nach Dauer und Sicherheit, Absicherungstendenzen, Angst vor Wandlung)“ S. 143

„**Symptomatik:** Zwangsgedanken/-vorstellungen (z.B. Verbindung von Buchstaben oder Zahlen mit Unglück oder Bedrohung), Zwangshandlungen (z.B. Kontroll- oder Waschzwang), bei deren Unterlassung heftige Angst auftritt. Meist vergeblicher Widerstand gegen die Zwänge. Angst bei Unterdrückung der Zwänge. Zwangsimpulse (z.B. sich oder andere umbringen zu müssen, Drang zu obzönen Handlungen); zwanghafte Charakterzüge (Pedanterie usw.), Arbeitsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (Hingabestörung). Psychosomatische Störungen (z.B. Asthma, Obstipation, Schreibkrampf), starke Verheimlichungenstendenzen bei den Betroffenen („heimliche Krankheit“)“ S. 143

16.2.8 Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F41)

„Vorherrschen von Angstsymptomatik (frei flottierende Angst, zunächst nicht objekt- oder situationsgebunden, vgl. <<Phobien>>, auch als plötzlich anfallsartig einsetzende Angstanfälle/Panikattacken) verbunden mit Vermeidungsverhalten. Häufig begleitet von verschiedenen Somatisierungen (Angstäquivalente). Trennungsempfindlichkeit oder Trennungskonflikt“ S. 143

„Symptomatik: erhöhte Angsterwartung (z.B. vor Atemnot, Ohnmacht, weiteren Angstanfällen etc.), Angstanfälle (mit vegetativen Begleiterscheinungen), vegetative Symptome (z.B. Schweißausbrüche, Zittern, Parästhesien, Magen-Darm-Irritationen, Schwindel, Schlafstörungen)“ S. 144

16.2.9 Panikstörung (episodisch paroxsymale Angst F41.0)

„Wiederkehrende, schwere Angstatacken (Panik), nicht vorhersehbar und nicht spezifisch ausgelöst.“ S. 144

„**Symptomatik:** Plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation). Konsekutiv häufig Angst zu sterben. Angst vor Kontrollverlust, Angst, wahnsinnig zu werden. Anfallsdauer meist kurz (einige Minuten), gelegentlich auch länger.“ S. 144

16.2.10 Phobien (Phobische Störung F40)

„Vorherrschen stark ausgeprägter Objekte bzw. Situationen gebundener Angstsymptomatik, auch im Sinne von Erwartungshaltung (einhergehend mit Vermeidungsverhalten). Einengung des Lebensraums.“ S. 145

„**Formen** Agoraphobie F 40.0, Soziale Phobie F 40.1, spezifische (isolierte) Phobien F 40.2 (Tierarten, Naturgewalten, Blut und Verletzungen, situativer Typ)“ S. 145

„Symptomatik: Leitsymptom ist eine situations- bzw. objektbezogene Angst (Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen, Menschenansammlungen, somit Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln, Kaufhäusern etc); Begleitsymptome wie bei Angstneurose; Einsicht, daß die Furcht übertrieben ist.“ S. 145

16.2.11 Hysterische Neurose / Konversionsreaktion (Dissoziative Störung F44)

„Störungen des Erlebens verbunden mit Störungen körperlicher Funktionen (Konversionssymptome). Auftreten häufig bei ausgeprägter, hysterischer Persönlichkeitstruktur. Als Gruppenphänomen in Schulen, Sekten etc. in Identifikation mit einer <<Führungsperson>>, häufiger beim weiblichen Geschlecht.“ S. 145

„Symptomatik Konversionssymptome (unbewußte symbolische <<Körpersprache>> der Affekte): z.B. Lähmungen, psychogene Anfälle, Parästhesien, Sehstörungen, Schmerzsyndrome; dissoziative Störungen (psychogene Bewußtseinsveränderungen) z.B. Amnesien, Vaginismus, Dyspareunie, Katrationsangst); Verhaltensstörungen (z.B. übertriebenes, künstlich wirkendes, teilweise bis ins Dramatische gesteigertes Auftreten, starker Drang nach Anerkennung und Bestätigung, z.B. durch sexuelle Eroberungen)

Zu den dissoziativen Störungen zählt auch:

21. multiple Persönlichkeit (in den USA häufig, in der BRD sehr selten); zwei und mehr <<abgetrennte>> Persönlichkeiten in einer Person
22. Ganser Syndrom (meist psychogen bedingtes Vorbeiantworten/Vorbeihandel; Zweckreaktion)“ S. 146

16.2.12 Hypochondrische Neurose (Hypochondrische Störung F45.2)

„Vorherrschen einer ängstlichen, körperbezogenen Selbstbeobachtung des Patienten und Befürchtung, an einer schweren Erkrankung zu leiden.“ S. 146

„**Symptomatik:** verstärkte, häufig ängstliche Selbstbeobachtung in bezug auf die eigene Gesundheit; unrealistische Krankheitsbefürchtung (z.B. Herztod, Karzinom, unzureichende Darmtätigkeit, Geschlechtskrankheit); meist Konzentration auf ein oder zwei Organe (Organsysteme)“ S. 147

16.2.13 Charakterneurose (nicht näher bezeichnete Störung F48.9 und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60)

„Keine umschriebene Symptomatik, sondern umfassende Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens; <<Charakterpanzer>> nach Reich (1989)“ S. 147

„**Symptomatik:** in einzelnen nicht festlegbar, Neurotisierung der ganzen Person je nach neurotischer Charakterstruktur (Riemann 1993):

23. **Schizoide Struktur:** Individualisten mit starkem Autarkiestreben, distanziert bis kühl; gesteigerter Narzißmus, Verletzlichkeit, Mißtrauen; Scharfsicht, intuitive Begabung, ungenügende Ich-Grenzen, schizoides Unsicherheitserleben. Häufig Pseudokontakte (Pseudoherzlichkeit).
    Bezüge zur präoralen sensorischen Phase (nach Riemann)
24. **depressive Struktur:** Suche nach Nähe, Wärme und Geborgenheit, nach Anerkennung; Anklammerungs- und Abhängigkeitstendenzen; Gefügigkeit, Vermeidung von Aggression; Angst vor Ich-Werdung und Autonomie; Bezüge zur oralen Phase.
25. **zwanghafte Struktur:** Tendenz zum Perfektionismus, Risikofurcht, Skrupelhaftigkeit, Schuldgefühle; Rechthaberei, Dogmatismus, Orthodoxie, Liebesleben häufig emotional gestört, systematisiert; Bezüge zur analen Phase.
26. **hysterische Struktur:** labiles Selbstwertgefühl, Ich-Schwäche, Selbstbezogenheit, Geltungsbedürfnis, Sich-nicht-festlegen-wollen; illusorische Wunschwelt; Bezüge zur ödipalen Phase“ S. 147, 148

16.2.14 Neurotisches Depersonalisationssyndrom (Depersonalisations-/Derealisationssyndrom F48.1)

„Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation) im Vordergrund des Erlebens; kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neurosenform, sondern – häufig transitorisches – Begleitsyndrom bei bestimmten Neurosen (z.B. Angstneurose, neurotische Depression, Zwangsneurose)“ S. 148

17 Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43)

„akute, meist kurzdauernde Fehlverarbeitung eines Traumas. Unterscheidet sich von normalen Erlebnisreaktionen in Stärke und Dauer.“ S. 152

„Diagnostik: Vorhandensein eines Traumas bzw. Auslösers (enge Verbindung zwischen Reaktion und Situation), In der Regel Einzelvorgang (der jedoch wiederholt auftreten kann), keine weiteren psychischen Grunderkrankungen vorhanden. Diagnosestellung nach gründlicher Anamese (da häufig Neurosen Grundlage für abnorme Reaktionen bilden)“ S. 152

17.1 Akute Belastungsreaktion F43.0

„vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.“ S. 152

„Mögliche Auslöser: überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder einer geliebten Person (z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Verbrechen, Vergewaltigung); ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder Beziehungsnetzes (z.B. Verluste, Arbeitslosigkeit)“ S. 152

„Beginn mit <<Betäubung>>, evtl. Bewußtseinseinengung und einschränkte Aufmerksamkeit; Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, möglicherweise Desorientiertheit. Mögliche Folgen: Rückzug aus der Umwelt, aber auch Unruhezustände und/oder Fluchtreaktionen. Vegetative Begleitsymptome sind häufig. Symptomatik tritt unmittelbar nach dem belastenden Ereignis auf und geht meist innerhalb kurzer Zeit (bis zu 3 Tagen) zurück.“ S. 153

17.2 Posttraumatische Belastungsstörung F43.1

„verzögerte oder protrahierte Reaktion (innerhalb von 6 Monaten) auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (z.B. Katastrophen durch Naturereignisse oder von Menschen verursacht, Kampfhandlungen, schwerer Unfall, Vergewaltigung, Terrorismus ect.) Kann mehrere Jahre andauern, evtl. in andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) übergehen.“ S. 153

„**Symptome:** wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen; Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Lustlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, ferner Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit, häufig assoziiert mit Angst und Depression sowie auch Suizidgedanken.“ S. 153

17.2 Anpassungsstörung F43.2

„Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen (auch schwerer körperlicher Erkrankung) auftreten.“ S. 153

„Symptome: depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, Sorge, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurechtzukommen, evtl. auch Probleme bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Bei Jugendlichen könnten Störungen des Sozialverhaltens (z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten) zu dieser Störung gehören. Beginn der Störung meist innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis. Dauer der Symptomatik meist nicht mehr als 6 Monate.“ S. 154

17.2.1 Kategorien der Anpassungsstörungen

17.2.1.1 Kurze depressive Reaktion (F43.20)

„vorübergehend leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert.“ S. 154

17.2.1.2 längere depressive Reaktion (F43.21)

„leichterer depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Dauer: nicht länger als 2 Jahre“ S. 154

17.2.1.3 Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)

„Vorhandensein von Angst und depressiven Symptomen“ S. 154

17.2.1.4 Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23)

„Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger.“ S. 154

17.2.1.5 Andere spezifische Angststörungen (F43.28)

„z.B. Kulturschock (nach Immigration, Emigration), Trauerreaktion, Hospitalismus bei Kindern.“ S. 154

17.2.1.5.1 Trauer

„Reaktion auf Todesfälle/Verlust nahestehender Menschen oder bei Verlust des gewohnten sozialen Milieus.

Kennzeichen: Trauer- oder Trennungsarbeit kann nicht geleistet werden, da der verlorene Mensch häufig eine besondere Bedeutung hatte oder spezifische Gefühle die Trauerarbeit behindern (z.B. ungelöste symbiotische Bindungen, unbewußte Wut oder Schuldgefühle gegenüber dem Toten).

Symptome: häufig Fehlen von Traurigkeit, statt dessen Versteinerung, Affektstarre, Hemmung, hypochondrische Klagen, Schlaflosigkeit, psychosomatische Beschwerden. Überkompensation durch übertriebene Aktivitäten, latente Feindseligkeit.“ S. 154

18. Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Belastungsstörungen F6)

„**Definition:** Störungen der Persönlichkeit insofern, als bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur (bestimmte Persönlichkeitszüge) in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepaßt sind. **Beginn** in der Kindheit oder Jugend. [**Mögliche Folgen**] Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder subjektive Beschwerden (Probleme der sozialen Anpassung).“ S. 157

18.1 Multikonditionale Entstehung (Ätiologie): aufgrund verschiedener Faktoren

18.1.1 genetische Faktoren

„sehr wahrscheinlich […] aber nicht allein verursachend; eher Vererbung bestimmender Persönlichkeitszüge." S.157

18.1.2 erworbene Hirnschäden

„an Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mitbeteiligt (frühkindliches exogenes Psychosyyndrom)" S.157

18.1.3 Entwicklungsbedingungen

„in Kindheit und späteren Lebensabschnitten [...], Reaktionen auf Umwelteinflüsse (z.B. schwere traumatisierende Ereignisse) und soziale Bedingungen für Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mit maßgeblich (Fiedler 1994). Psychodynamische Faktoren inzwischen gut beschrieben (z.B. Kernberg 1988)" S. 157

18.2 Diagnostik/Differentialdiagnostik

„Persönlichkeitsstörungen können zu 3 großen Krankheitsgruppen der Psychiatrie in Bezug gesetzt werden:" S. 158

18.2.1 Neurosen

„enge Beziehung zwischen Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (Charakterneurosen [..]); bei beiden keine Einzelsymptome, sondern charakteristische Erlebnis- und Verhaltensweisen." S. 158

18.2.2 Psychosen

„z.B. depressive Persönlichkeit, hyperthyme Persönlichkeit als mögliche Randformen bipolarer affektiver Psychosen." S. 158

18.2.3 hirnorganische Krankheiten

„Persönlichkeitsstörungen aufgrund meist perinatal erworbener Schäden (<<Pseudopsychopathie>>)" S. 158

18.3 Diagnose für Persönlichkeitsstörungen

„möglichst nur in Verbindung mit weiteren diagnostischen Aussagen (z.B. Suizidversuch bei depressiv-hysterischer Persönlichkeitsstörung) und nur bei Patienten im Erwachsenenalter stellen !" S. 158

18.4 Verlauf/Prognose

„Persönlichkeitsstörungen treten insbesondere in für die jeweilige Persönlichkeitsstörung charakteristischen, kritischen Lebenssituationen und Umweltgegebenheiten in Erscheinung. Mit fortscheitendem Alter oft Abschwächung der Merkmalakzentuierung." S. 158

18.5 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60, F34)

18.5.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

„**Symptome:** Neigung, Erfahrungen und Erlebnisse als gegen die eigene Person gerichtet zu interpretieren (Erniedrigung, Bedrohung, Ausnutzung oder Benachteiligung). Neigung zu Mißtrauen und Argwohn, leichte Kränkbarkeit; unbelehrbar-rechthaberischer Kampf gegen das Unrecht bzw. für eine Idee/Vorstellung (Fanatiker).

Differentialdiagnose: paranoides Syndrom, sensitive und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Querulantenwahn" S. 159

18.5.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

„**Symptome:** Kontakthemmung, extreme Distanz und emotionale Kühle, Mißtrauen und Ambivalenzen, Neigung zu Isolation und Vereinsamung

Differentialdiagnose: Schizophrenie, depressive Persönlichkeitsstörung, schizoide Charakterneurose" S. 159

18.5.3 Dissoziale (soziopathische, antisoziale) Persönlichkeitsstörung (F60.2)

„**Symptome:** Neigung zu dissozialem Verhalten (Delinquenz, Rücksichtslosigkeit gegenüber sozialen Spielregeln/Normen, betonter Egoismus, Verwahrlosungstendenzen, fehlendes Schuldbewußtsein, Neigung andere zu beschuldigen). Die Störung macht sich vor allem im sozialen Kontext bemerkbar.

Differentialdiagnose: hirnorganisches Psychosyndrom, Süchte, emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ S. 159

18.5.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)

„**Symptome:** Tendenz, Impulse auszuagieren, wechselnde, launenhafte Stimmung. Wutausbrüche aus geringfügigen Anlässen können zu gewalttätigen und explosivem Verhalten führen, Ich-strukturelle Defizite
Zwei Unterformen können beschrieben werden:“ S. 159

18.5.4.1 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.3):

“emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle stehen im Vordergrund. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten, insbesondere bei der Kritik durch andere.“ S. 159

18.5.4.2 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.31):

„Vorkommen gehäuft bei jungen Frauen. Instabilität bezüglich Selbstbild, zwischenmenschlicher Beziehungen und Stimmung. Multiple Störung wie z.B. frei flottierende Angst, polymorph-perverse Sexualität, multiple Phobien, ausgeprägte Konversationssymptome, dissoziative Reaktionen, chronische Depersonalisationserleben, episodischer Verlust der Impulskontrolle, selbstschädigende Handlungen, Suchttendenz, Zwangssymptome, konfliktbezogene Denk- und Wahrnehmungsstörungen, pseudohalluzinatorische Erlebnisse, Depressivität, ohnmächtige Wut gegen sich selbst oder andere, kurzfristige psychotische Dekompensationen. **Differentialdiagnose:** Psychosen, affektive Störungen“ S. 160

18.5.4.3 Hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.4):

„**Allgemeines:** Ich-zentrierte Persönlichkeit mit umgebungsabhängiger wechselnder Erscheinungsweise; hysterisch (hystera (griech.) = Uterus; in der Antike Theorie vom Umherschweifen des Uterus im Körper), zu histrionisch

(histrio (lat.) = Schauspieler), die Neubenennung dokumentiert die pejorative Belastung des Terminus hysterisch.“ S. 160

„**Symptome:** starkes Geltungsbedürfnis, Neigung zu Effekthascherei und demonstrativem, unechtem Verhalten. Starkes Kontaktbedürfnis bei gleichzeitig bestehender Kontaktunfähigkeit im Sinne von Liebes- und Bindungsunfähigkeit. Auch Neigung zu Simulation und Pseudologia phantastica (phantastisches Lügengebäude) **Differentialdiagnose:** hysterische Neurose, emotional instabile Persönlichkeitsstörung.“ S. 160

18.5.4.4 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5):

„**Symptome:** Pedanterie, Perfektionismus, Übergenauigkeit, Ordnungsliebe, charakterliche Rigidität, geringe Kompromißbereitschaft. Gelegentlich auch Zwangsimpulse, Kontrollzwänge. **Differentialdiagnose:** Zwangsneurose, evtl. auch Zwangssyndrom bei Schizophrenie“ S. 160

18.5.4.5 Sensitive (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung bzw. nach ICD 10:

Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6):

„**Symptome:** Mangel an Selbstvertrauen, Störung des Selbstwertgefühls, daraus resultierend leichte Kränkbarkeit und starke Selbstunsicherheit. Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Zurückweisung, daher Vermeidungstendenzen in Beziehungen zu Mitmenschen, übermäßiges Distanzverhalten. Ferner Aggressionshemmung, geringes Durchsetzungsvermögen und Neigung zu Affektstau. **Differentialdiagnose:** Borderline- und depressive Persönlichkeitsstörung“ S. 161

18.5.4.6 Asthenische (abhängige) Persönlichkeitsstörung (F60.7):

„**Symptome:** rasche Erschöpfbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, diverse körperliche Mißempfindungen, Schwäche, Mangel an Spannkraft und Durchhaltevermögen. Neigung zu körperbezogenem Klagen, Schlafstörungen, Depressivität. **Differentialdiagnose:** depressive Neurosen, lavierte Depressionen.“ S. 161

18.5.4.7 Hyperthyme Persönlichkeitsstörung (F34.0 <<Zyklothymia>>):

„**Symptome:** fröhlich-heitere Grundstimmung, gesteigerte Aktivität, lebhaftes Temperament (<<Betriebsnudel>>; <<Stimmungskanone>>). Durch diese Grundstimmung und ständige Unruhe (oft begleitet von Distanzlosigkeit und

Geltungsdrang) Belastung für die Umgebung. **Differentialdiagnose:** Manie, maniforme Syndrome“ S. 161

18.5.4.8 Depressive Persönlichkeitsstörung (F34.1 <<Dysthymia>>):

„**Symptome:** pessimistisch-skeptische Lebenseinstellung, Gehemmtheit, gedrückte Stimmungslage, Kontaktstörungen. Symptomatik insgesamt ähnlich wie bei Charakterneurosen. **Differentialdiagnose:** depressive Neurosen, depressive Phase bei endogenen Depressionen“ S. 161

18.5.4.9 Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8)

„Persönlichkeitsstörungen, für die keine der spezifischen Kategorien (F60.6 bis F60.7) zutreffen.

Dazugehörige Begriffe: narzißstische Persönlichkeitsstörung, exentrische Persönlichkeitsstörung, haltlose Persönlichkeitsstörung, unreife Persönlichkeitsstörung, passiv-aggresive Persönlichkeitsstörung, neurotische Persönlichkeitsstörung.“ S. 162

18.5.4.10 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9)

„Dazugehörige Begriffe: Charakterneurose, pathologische Persönlichkeit.“ S. 162

18.5.4.11 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

„**Definition:** Veränderung der Persönlichkeit nach langanhaltenden extremen Belastungen (z.B. Folter, Gefangenschaft, Geiselhaft). Merkmale extremer Belastungen sind z.B. permanente Todesfurcht und tiefgreifende Entwürdigung der persönlichen Existenz. […] **Symptomatik:** Mißtrauische, feindselige Haltung gegenüber der Umgebung, sozialer Rückzug; Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung; aktuelle unbegründete Ängste; chronische Nervosität; Schlafstörungen; Entfremdungserlebnisse. Die Persönlichkeitsänderung muß über mindestens zwei Jahre bestehen. **Differentialdiagnose:** Posttraumatische Belastungsstörung“ S. 162

19. Psychosomatische Störungen

„Psychosomatische Störungen werden nicht regelhaft in der Psychiatrie, sondern stationär in Kliniken / Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Universitäten, Allgemeinkrankenhäusern und speziellen Fachkliniken, ambulant in erster Linie von Psychotherapeuten behandelt.“ S. 12

19.1 Eßstörungen (F50)

„Hauptformen. Anorexa nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie)“ S. 166

19.1.1 Anorexa nervosa (F50.0)

„**Definition:** überwertige Idee, zu dick zu sein; Angst vor Gewichtzunahme; erheblicher Gewichtsverlust, herbeigeführt durch Reduktion der Nahrungszufuhr; Körpergewicht mindestens 15% unter dem für Körpergröße und Alter zu erwartenden Normalgewicht.“ S. 166

„**Vorkommen:** überwiegend bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen.“ S. 167

„**Diagnose und Symtomatik:** klinische Merkmale sind leicht erkennbar: […] ritualisierte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, Weglassen von Mahlzeiten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika, Körperschemastörung (Fehleinschätzung der eigenen gesunden Körpergrenzen), häufig Hyperaktivität (hohes Leistungsideal/Sport), Kontaktstörungen (Isolierung), geringer Leidensdruck.“ S. 167

„**Differentialdiagnose:** somatische Ursachen eines Gewichtsverlustes bei jungen Patienten (z.B. chronisch konsumierende Erkrankungen, Hirntumoren, Darmerkrankungen ect.)“ S. 167

„**Psychodynamische Faktoren:** Störung der psychosexuellen Entwicklung, häufig Retardierung; ambivalente Einstellung zum eigenen Körper; Ablehnung der eigenen Geschlechterrolle, auch Ablehnung von Sexualität; häufig gestörte Beziehung zu den primären Bezugspersonen (Mutter, Vater); evtl. auch Reaktion auf Eßgewohnheiten innerhalb der Familie und Einstellungen/Verhaltensweisen gegenüber Nahrungsaufnahme im Umfeld.“ S. 167

19.2 Eßsattaken bei anderen psychischen Störungen (F50.4)

„Emotional besonders belastende Ereignisse (z.B. Verluste, Unfälle, Operationen) können von einem <<reaktiven Übergewicht>> gefolgt sein. Übergewicht kann auch in Verbindung mit einer langen dauernden Behandlung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka auftreten." S. 169

19.3 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F50.0)

„Wiederholtes Erbrechen kann Ausdruck folgender Störungen sein: hysterische (dissoaziative) Störungen, hypochondrische Störungen, Erbrechen in der Schwangerschaft bei emotionalen Konflikten. Diese Formen können als <<psychogenes>> Erbrechen gekennzeichnet werden." S. 169

19.4 Nicht-organische Schlafstörungen (F51)

„Schlafstörungen bei denen emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen. Schlafstörung kann Symptom einer anderen psychischen oder auch körperlichen Erkrankung sein." S. 169

19.4.1 Nicht-organische Insomnie (F51.0)

„Schlafstörung mit einer ungenügenden Dauer oder Qualität des Schlafes, die über einen beträchtlichen Zeitraum bestehen bleibt. Häufig geklagte Symptome: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen. Entwicklung einer Insomnie häufig in Zeitlichem Zusammenhang mit gravierenden Belastungen im aktuellen Leben des Betroffenen. Störung tritt gehäuft auf bei Frauen, älteren Menschen, psychisch gestörten und sozioökonomisch benachteiligten Personen. Störung führt häufig zur Angst vor Schlaflosigkeit und einer ständigen Beschäftigung mit deren Konsequenzen (Circulus votiosus).

Subjektive Konsequenzen dieser Schlafstörung können sein: Ängstlichkeit, Anspannung, Depressivität, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsmangel; Gefahr der Bekämpfung mit Alkohol und/oder Medikamenten. **Differentialdiagnostisch:** ist zu bedenken, daß Insomnie ein häufiges Symptom anderer psychischer Störungen ist (z.B. affektiver, neurotischer, organischer, schizophrener Störungen ect.). Die Diagnose <<nichorganische Insomnie>> sollte nur gestellt werden, wenn die Klagen über Schlafdauer und –qualität die einzige Symptomatik des Patienten darstellen. Die

zugrundeliegenden möglichen emotionalen Konflikte sind zu explorieren." S. 170

19.4.2 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.1)

„Mangel an Synchronizität zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünschten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung. Folge: Klagen über Schlaflosigkeit und Hypersomnie. Störung kann psychogenen oder auch möglicherweise organischen Ursprungs sein. Eine meist vorübergehende Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann sich ergeben aus [z.B.] Schichtwechselarbeit und als Folge von Reisen über Zeitzonen hinweg. Folge dieser Störung für die betroffene Person: Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode." S. 170

„Die Diagnose <<nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus>> sollte nur verwendet werden, wenn keine psychiatrische oder körperliche Ursache der Störung gefunden wird." S. 170

19.4.3 Schlafwandeln (Somnambulismus) (F51.3)

„Zustand veränderter Bewußtseinslage, in dem Phänomene von Schlaf und Wachsein kombiniert sind. Patient verläßt meist im ersten Nachtdrittel während des Schlafwandelns das Bett, geht mit starrem Gesichtsausdruck umher, zeigt eine niedrige Schwelle des Bewußtseins, der Reaktivität und motorisierter Fähigkeiten; nur schwer ansprechbar. Verletzungsgefährdung [gegeben]. Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Schlafwandeln mehr. Die Störung tritt gehäuft in der Kindheit auf und kann mit einer organischen (z.B. infektiös-fiebrigen) Erkrankung zusammenfallen. **Differentialdiagnostisch:** Abgrenzung von psychomotorischen epileptischen Anfällen; ferner dissoziative Störung." S. 171

19.4.4 Pavor nocturnus (F51.4)

„Nächtliche Episoden äußerster Furcht und Panik mit heftigem Schreien, Bewegungen und starker autonomer Erregung. Die betroffene Person setzt sich oder steht mit einem Panikschrei meist während des ersten Drittels des Nachtschlafes auf. Nach dem Erwachen meist Amnesie für die Episode." S. 171

„Differentialdiagnostisch ist der Pavor nocturnus von Alpträumen und epileptischen Anfällen zu differenzieren." S. 171

19.4.5 Alpträume (Angstträume) (F51.5)

„Traumerleben – meist in der zweiten Nachthälfte – voller Angst und Furcht mit sehr detaillierter Erinnerung an en Trauminhalt. Sehr lebhaftes Traumerleben. Trauminhalte: Bedrohung von Leben, Sicherheit und Selbstgefühl. Tendenz zur Wiederholung derselben oder ähnlicher Alptraumthemen.
In der Kindheit könnten Alpträume zu einer spezifischen Phase der emotionalen Entwicklung gehören. Bei Erwachsenensind häufig Persönlichkeitsstörungen, aber auch gravierende längeranhaltende Belastungen Hintergrund des Auftretens.“ S. 171
„Differentialdiagnose: Von den nichtorganischen Schlafstörungen sind die organischen abzutrennen.“ S. 172

19.5 Somatisierungsstörungen (F45.0)

„Störung, bei der multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome charakteristisch sind; die Symptome bestehen meist bereits seit einigen Jahren. Häufig haben die entsprechenden Patienten eine Patientenkarriere hinter sich (viele negative Untersuchungen, evtl. auch ergebnislose Operationen). Symptome können auf ein Körperteil oder das gesamte Körpersystem bezogen sein. Häufige Klagen beziehen sich auf Magen und Darm (z.B. Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit) und auf die Haut (z.B. Jucken, Brennen, Taubheitsgefühle). Ferner auch sexuelle und menstruelle Störungen.
Psychisch können Ängste und Depressionen mit der Somatisierungsstörung verbunden sein und bedürfen dann einer spezifischen Behandlung. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter, ist häufiger bei Frauen als bei Männern.
Verlauf: chronisch flukturierend, verbunden mit längerdauernder Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens. Mißbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten findet sich häufig, nicht selten iatrogen gefördert. Synonyma: funktionelles Syndrom.
Differentialdiagnostisch ist an diverse körperliche Störungen zu denken; ferner auch an die hypochondrische Störung.“ S. 172

19.6 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

„Die Schilderung der Symptome durch den Patienten geschieht so, als beruhten diese auf der körperlichen Erkrankung des Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird […], ohne daß eine körperliche Erkrankung nachweisbar wäre. Sowohl vegetative Symptome z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern wie wechselnde subjektive Beschwerden z.B. Druck, Brennen, flüchtige Schmerzen. Klinische Bezeichnungen für diesen Symptomenkomplex können z.B. sein: Herzneurose, psychogene Hyperventilation, Magenneurose etc. Psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Lebensprobleme finden sich bei Patienten mit dieser Störung häufig.“ S. 173

19.7 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Anhaltender schwerer Schmerz in einem Körperteil (z.B. Kopf oder Rücken), der pathophysiologisch nicht vollständig zu erklären ist; Verbindung zu emotionalen Konflikten oder zu Belastungen; Dauer mindestens 6 Monate.“ S. 173

20 Sexualstörungen

„ […] sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsrolle sowie sexuelle Abweichungen.“ S. 175

20.1 Sexuelle Funktionsstörungen (F52) S. 175

20.2 Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität S. 178

21 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

„Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen haben in der Regel viele Ursachen. Diese Erkenntnis führt zu einem mehrdimensionalen Vorgehen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und damit zur Arbeit in einem multiprofessionellen Team. […] Die Diagnostik berücksichtigt die vielen verschiedenen Ursachen eines Störungsbildes. (siehe <<sechs Eindordnungen / Achsen nach ICD-10>>)“ S. 185

1. psychiatrische Diagnose
2. Beschreibung der Entwicklungsstörung
3. Intelligenzniveau
4. Körperlich-neurologische Symptomatik
5. Erfassung: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Beurteilung: psychosoziale Anpassung

vgl. S. 185

21.1 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

21.1.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie)
21.1.2 Organisch bedingte psychische Störungen
21.1.3 Störungen der Motorik und Psychosomatik
21.1.4 Störungen des Sprechens und der Sprache
21.1.4.1 Teilleistungsschwächen
21.1.4.2 Störungen im Zusammenhang mit der Schule
21.1.4.3 Psychosen im Kindes- und Jugendalter
21.1.4 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
21.1.5 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter
21.1.6 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter
21.1.7 Störungen des Sozialverhaltens vgl. S. 187 f.

21.1.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F7)

„Unterdurchschnittliche Intelligenz […] mit der Folge von Beeinträchtigungen des adaptiven Verhaltens; geistige Behinderung. […] Je nach Schweregrad [der Intelligenzminderung] verbunden [mit] […] Anpassungsstörungen bis zu schwersten, pflegebedürftigen Zuständen." S. 187

(siehe dazu auch Tabelle 14.1. ICD-10-Klassifikation der Intelligenzminderung, S. 188)

21.2 Organisch bedingte psychische Störungen (F78)

21.2.1 Organisches Psychosyndrom nach frühkindlicher Hirnschädigung (frühkindlich exogenes Psychosyndrom)

„Symptome:

27. Schwere Schädigungen: neurologische Symptome (Spastik), epileptische Anfälle, schwere Intelligenzminderung

28. Mittelgradige Schädigungen: leichte motorische Behinderung, Intelligenzminderung und Verhaltensabweichungen

29. Leichtgradige Schädigungen: nur diskrete neurologische Symptome und leichte psychopathologische Auffälligkeiten: Hyperaktivität, psychomotorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Teilleistungsschwächen" S. 191

21.3 Störung der Motorik und Psychomotorik (F 82)

21.3.1 Hirntopisch bestimmte Störungen
21.3.2 Universelle Störungen der Psychomotorik
21.3.3 Hyperkinetisches Syndrom
21.3.4 Umschriebene Störung der Psychomotorik (zur Chronifizierung neigend)
vgl. S. 192, 193

21.4 Störung des Sprechens und der Sprache (F 80)

21.4.1 Sprechstörungen
21.4.1.1 Stottern (Stammeln; Balbuties – balbutio lat. Stottern)
21.4.1.2 Poltern (Tachyphemie)
21.4.1.3 Dysarthie
21.4.1.4 Mutismus vgl. S. 193, 194

21.4.2 Sprachentwicklungsstörungen
21.4.2.1 Formen der Sprachentwicklungstörungen
21.4.2.1.1 Dysalie (Stammeln)
21.4.2.1.2 Dysgrammatismus, Agramattismus
21.4.2.1.3 Hörstummheit (Audimutitas) vgl. S. 194, 195

21.4.3 Sprachabbau- und Sprachverlustsyndrom

21.4.4 Wahrnehmungsstörungen

21.4.5 Störungen der visumotorischen Koordination

21.4.7 Legasthenie (F81.0)

21.4.7 Rechenschwäche (Dyskalkulie) (F81.2) vgl. S. 195, 196

21.5 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule

21.5.1 Lern- und Leistungsstörungen

21.5.2 Schulphobie

21.5.3 Schulangst

21.5.4 Schuleschwänzen vgl. S. 197

21.6 Psychosen im Kindes- und Jugendalter

21.6.1 Exogene Psychosen (F 06)

21.6.2 Schizophrenie (F 20)

21.6.3 Affektive Störungen (F 3)

21.6.4 Borderline-Syndrom / Grenzpsychose (F 60.31) vgl. S. 198, 199, 200

(Überprüfen ob diese Krankheitsbilder im Skript bereits aufgeführt sind)

21.7 Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)

21.7.1 Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F84.0)

21.7.2 Autistische Psychopathie nach Asperger (F84.5)

21.7.3 Rett-Syndrom (F84.2)

21.7.4 Designifikante Störung des Kindesalters (Dementia ifantilis, Heller-Syndrom) (F84.3) Vgl. S. 200, 201, 202

21.8 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

„Psychogene Störungen zeigen auch im Kindesalter ein weites Spektrum von Symptomen, beispielsweise Bettnässen, Schlafstörungen, Ambivalenz zwischen Angst und Kontaktsuche. Immer ist das häusliche oder das Heimmilieu genau zu betrachten.“ S. 202

21.8.1 Anaklitische Depression

„ […] für die frühkindliche Entwicklung ist das Erleben einer konstanten Beziehung zur Mutter oder Pflegeperson entscheidend.“ S. 202

„**Symptome:** in den ersten Monaten Schreien und Protest, später Kontaktverweigerung. Schlafstörungen, Infektanfälligkeit, starrer Gesichtsausdruck, Lethargie“ S. 203

21.8.2 Sonstige Symptome im Kleinkindalter

21.8.2.1 Enuresis (F98.0) Einnässen

21.8.2.2 Enkopresis (F98.1) Einkoten

21.8.2.3 Chronische Obstipation

21.8.2.4 Autoerotische Betätigung

21.8.2.5 Nägelkauen, Daumenlutschen, Trichotillomanie (Haareausreißen), Stottern, Affektkrämpfe

21.8.2.6 Pica (F98.3)

21.8.2.7 Schlafwandeln (Somnabulismus) Vgl. 203, 204

21.8.3 Emotionale Störungen im Kindes und Jugendalter (F93)

21.8.3.1 Depressive Verstimmungen

21.8.3.2 Angststörungen und Phobien

21.8.3.3 Zwangsstörungen

21.8.3.4 Hysterie, dissoziative Störungen

21.8.3.5 Psychoreaktive Störungen

21.8.3.6 Pubertäts- und Reifungskrisen in der Adoleszenz Vgl. S. 205, S. 206

21.8.4 Störungen des Sozialverhaltens (F91)

21.8.4.1 Dissozialität --> gestörte Gemeinschaftsfähigkeit

21.8.4.2 Verwahrlosung --> sozialwidriges Verhalten

21.8.4.2.1 Verwahrlosungssymptom 1 Instabilitätssyndrom (Depressivität, Ausweichen ect.)

21.8.4.2.2 Verwahrlosungssymptom 2 Asozialitätssyndrom (Schule schwänzen, Bummeln, Alkohol)

21.8.4.2.2 Verwahrlosungssymptom 3 Kriminalitätssyndrom (eindeutige Aggression gegen Personen und Sachen, u.U. Deliquenz vor dem 14. Lebensjahr)

21.8.4.3 Deliquenz --> kindliche Delikte bei denen gegen bestehende Gesetze und Vorschriften verstoßen wird Vgl.S.207

„Symptome: destruktives Verhalten, Aggresion, Wutausbrüche, Schule schwänzen, Diebstahl, Lügen, Erziehungsprobleme, Beziehungsabbrüche, Alkohol und Drogenmißbrauch und –abhängigkeit (Schnüffelsucht, Spielsucht); Zusammenhang mit hyperkinetischem Syndrom.“ S. 207

22 Therapie

Versorgung

Prävention

22.1 Somatische Behandlung

22.1.1 Psychopharmaka

22.1.1.1 Neuroleptika

22.1.2 Antidepressiva (Tymoleptika)

22.1.2.1 Trizyklische (und tetrazklische) Antidepressiva

22.1.2.2 Serotoninwiederaufnahmehemmer

22.1.2.3 Monoaminooxidasehemmer (MAO-Hemmer)

22.1.2.4 Pflanzliche Antidepressiva

22.1.3 Lithiumsalze, Carbammazepin und Valproinsäure/Valporat

22.1.4 Tranquilizer

22.1.4 Tranquilizer

22.1.5 Hypnotika

22.1.6 Psychostimulanzien

22.1.7 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika) S. 215 bis 232

22.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

22.3 Sonstige Methoden

22.3.1 Insulinbehandlung

22.3.2 Wachtherapie (Schlafentzug)

22.3.3 Psychochirurgie S. 233 bis 234

23 Psychotherapie

„eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten […] zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit pychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbar auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.“ S. 235

„So gesehen ist unter Psychotherapie zunächst einmal eine spezifische Haltung des Arztes gegenüber all seinen Patienten zu verstehen.“ S. 235

23.1 Psychotherapeutische Grundhaltung

„einem wertfreien Akzeptieren des Patienten, dem Bemühen um Einführung (Empathie), einem indirekten Beratungsstil und der Echtheit dieser Gesamthaltung (Kongruenz).“ S. 235

23.2 Psychotherapeutische Einstellung / psychotherapeutisches Basisverhalten des Arztes

„Zuhören können, Offenheit für psychosoziale Belange des Patienten, Bemühen um Einfühlung und Verstehen, Mittragen und Stützen des Patienten in allen Bereichen des Erlebens und Verarbeitens von Problemen/Krankheiten.“ S. 235

23.3 Diagnostik

23.3.1 Das ärztliche Gespräch

„dient als Instrument zur ersten, orientierenden Erfassung psychosozialer Störungen:

30. Der Arzt muß damit rechnen, dass Patienten auch psychische oder soziale Störungen zunächst in der Form organisch anmutender Symptome

<<anbieten>> (z.B. Schlaflosigkeit, diverse vegetative Beschwerden, unspezifische Schmerzsyndrome u.a.m.)

31. Das Krankheitsgebot des Patienten muß gehört werden; es darf nicht auf eine ausschließlich organdiagnostische Sichtweise reduziert werden. Das ärztliche Gespräch ist behutsam-explorativ
32. Der Arzt muß neben anfänglicher somatischer Abklärung [auch] Lebensstil und Lebensqualität des Patienten eruieren. Dazu gehört vorrangig die Analyse der wichtigsten persönlichen Beziehungen des Patienten, um eventuelle Störungsquellen zu erkennen. Von vorschnellen Interpretationen/Deutungen ist Abstand zu nehmen. […] Lebensunzufriedenheit ist eine häufige Quelle für psychosoziale Gestörtheit.“ S. 236

23.3.2 Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung)

„Mit speziellen Interviewtechniken kann versucht werden, einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik/Störung des Patienten und Details seiner Biographie herzustellen, d.h. seine Störung auf dem Hintergrund seiner bisherigen Entwicklung sichtbar und zumindest ansatzweise auch verstehbar werden zu lassen.“ S. 237

„Dazu ist es notwendig, bestimmte Punkte zu berücksichtigen:

33. Die Beobachtung des szenischen Arrangements […]
    - ➔ wie <<inszeniert>> der Patient das Gespräch
    - ➔ wie erlebt er sein therapeutisches Gegenüber
    - ➔ Welche Ängste/Erwartungen überträgt er auf den Arzt
    - ➔ Welche Themen spricht er an, was verschweigt er
    - ➔ Wie stellen sich Aktivität/Passivität zwischen den Gesprächspartnern her

34. Gezielte Exploration der bisherigen Entwicklung […] unter besonderer Berücksichtigung von:
    - ➔ Lebensbedingungen der frühen Kindheit
    - ➔ Subjektivem Erleben der wichtigsten prägenden Beziehungspersonen
    - ➔ Frühkindlichen und späteren Traumatisierungen (z.B. Verluste, Scheidung der Eltern, Gewalterleben inklusive körperlichem und sexuellem Mißbrauch)
    - ➔ Frühkindlichen und kindlichen Symtommanifestationen (z.B. Enuresis, Ängste und Phobien, Verhaltensstörungen)
35. Versuch einer abschließenden gemeinsamen Überlegung mit dem Patienten, wie Symptomatik und frühere Einflüsse zusammenhängen könnten […]
36. Am Ende der Anamnese/des Interviews, das sich über mehrere Stunden den erstrecken und an verschiedenen Tagen durchgeführt werden kann.“ S. 237

23.4 Grundlagen

23.4.1 Psychodynamische Therapien

„[…] besteht in der Regel in einem mittel- bis langfristigen Verfahren, bei dem bestimmte Grundprozesse initiiert werden und in Gang kommen: Der Dialog zwischen Therapeut und Patient soll die Darstellung unbewußter Vorgänge und deren komplexer Verarbeitungsmodi fördern. […] Dieser Prozeß wird überwiegend durch verbale Interpretationen und Deutungen des vorgebrachten Materials bewirkt. Verschiedene Widerstände und Abwehrmechanismen können den Prozeß der Veränderung/Heilung behindern. Dieses hat verschiedene Ursachen: Die Selbsterkenntnis des Patienten, d.h. die Erkenntnis seines eigenen Anteils an der Aufrechterhaltung seiner Störung, kann schmerzhaft, verunsichernd und kränkend sein und wird deshalb immer wieder behindert. Ferner können im therapeutischen Prozeß zunächst erwünschte <<Übertragungen>> früherer (meist familiärer) Gefühlskonstellationen dann hinderlich sein, wenn der Patient lange an ihnen festhält. Zudem kann die Aufdeckung des inneren Dramas des Patienten zu unbewußten Solidaritätskonflikten mitfrüheren wichtigen Bezugspersonen des Patienten

führen (<<unsichtbare Bindungen>>) und ihn an einer Lösung seiner neurotischen Fixierungen hindern.“ S. 238

23.4.2 Verhaltenstherapien

„Die Verfahren, die Ihnen zugeordnet sind, leiten sich aus der experimentellen Lernpsychologie her. Ihnen gemeinsam ist eine naturwissenschaftlich-behavioristische Orientierung mit dem Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen zu eliminieren. Somit liefern die Lerntheorien das Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die Verhaltenstherapie aufbaut. Die Krankheitskonzepte innerhalb der klinischen Psychiatrie, aber auch innerhalb der Tiefenpsychologie, werden von manchen Verhaltenstherapeuten abgelehnt, da sie das zu ändernde Verhalten als das Problem des Patienten ansehen. […] Andere Therapieformen haben sich teilweise um diese beiden Grundformen entwickelt und sie modifiziert oder folgen anderen Prinzipien.“ S. 239

23.4.3 Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren

23.4.3.1 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

23.4.3.1.1 **Psychoanalyse** „[…] In ambulanten Settings geeignet für Patienten mit gravierenden Lebensproblemen und lang anhaltenden, die Persönlichkeit umfassend betreffenden Störungen bei Vorliegen folgender Voraussetzungen auf Seiten des Patienten:

-> relative Ich-Stäbilität, Koheränz

-> Fähigkeit zu Reflexion, Introspektion

-> Bereitschaft, einen emotional intensiven Therapieprozeß über lange Zeit durchzuhalten“ S. 239, 240

23.4.3.1.2 **tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien** und deren Modifikationen

Mittel- bis längerfristige Therapien; Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Theoretischer Hintergrund: Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Schulen.

Arbeit einmal an frühen Störungsanteilen, dann aber vor allem auch an Problemen im aktuellen Leben des Patienten (z.B. Beziehungsproblemen), seinem Selbstkonzept und dessen Störungen, aber auch Arbeit an der Übertragung und an vorherrschenden Abwehrmechanismen. Setting-Möglichkeiten: Anwendung dieses Verfahrens in der Einzelpsychotherapie, in der Paartherapie und in der Gruppenpsychotherapie“ S. 241

23.4.3.1.3 **Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP; Katathymes Bilderleben)**

„Verfahren, das mit Tagtraumatechniken arbeitet. Im induziertem Tagtraum (<<Bildern>> mit bestimmten Standardmotiven) finden sich bei optischen Projektionen, die unbewußte, vorbewußte und bewußte Zustände bildhaft-symbolisch darstellen. Im Anschluß an die Phase der Imagination findet eine tiefenpsychologische Nachbearbeitung statt. Das Verfahren eignet sich bei allen Formen von Neurosen, insbesondere auch bei Patienten mit rigider Abwehr, die mit den eher verbal-intro-spektiven Methoden der Tiefenpsychologie nur schwer zu erreichen sind.“ S. 241

23.4.3.1.4 **Kurzpsychotherapien:** „Kurzzeit-Psychotherapie von wenigen bis ca. 25 Stunden. Beschränkung bei der Arbeit auf einen für den Patienten besonders relevanten Hauptkonflikt (Fokus). Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Übertragungsaspekte werden wahrgenommen, aber nicht in dem Umfang angesprochen und bearbeitet wie in den längerfristigen Therapien. Indiziert als Verfahren vor allem für Patienten nach Abklingen akuter Krisen oder für Patienten mit umschriebenen aktuellen Konflikten, die eine relativ rasche psychotherapeutische

Hilfe benötigen. Gut geeignet auch für Patienten, die längere Therapien ablehnen oder die Vorrausetzungen dafür nicht haben." S. 241

23.4.3.1.5 **Notfall-Psychotherapien:** „Kurzpsychotherapie in besonderen Dringlichkeits- und Krisensituationen. Dauer: 1 bis 6 Sitzungen. Indiziert z.B. in akuten Krisen, nach Suizidversuchen, nach Gewalttaten (z.B. Vergewaltigung), als erste Hilfe bei Katastrophen. Einstellung des Therapeuten ausschließlich auf das momentane krisenhafte Erleben des Patienten. Hilfe beim Ausdruck und der Verbalisierung aktueller Emotionen. Danach Strategien zur Distanzierung und Neuorientierung. Kombination mit Psychopharmaka (z.B. sedierende) sinnvoll und hilfreich." S. 242

23.4.3.1.6 **Gesprächspsychotherapie [klientenzentrierte Psychotherapie]:** „[…] wurde im Rahme eines Therapiekonzeptes entwickelt, das auf den amerikanischen Psychologen Carl S. Rogers zurückgeht. Das Verfahren wurde in Deutschland von R. Tausch bekannt gemacht und in der Folge hier auch konzeptionell weiterentwickelt. Im Unterschied zur Psychoanalyse basiert das klientenzentrierte Therapiekonzept auf einer Selbsttheorie, und der Therapeut fokussiert nicht die Übertragung, sondern einen Aspekt der Gegenübertragung, die unbedingte Wertschätzung. Der therapeutisch wirksame Prozeß wird ermöglicht durch eine bestimmte Patient-Therapeut-Beziehung. Der Beitrag des Therapeuten zu dieser Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, daß er auf Grundlage eigener Kongurenz (d.h. er könnte sich seines gesamten eigenen momentanen Erlebens im therapeutischen Kontakt und dessen, was es für Ihn bedeutet, bewußt werden) den Patienten emphatisch versteht (Empathie) und zugleich fühlen kann, daß er diesen in seinem gesamten momentanen Erleben ohne

Bedingungen wertschätzt (unbedingte Wertschätzung). Wenn der Patient dieses Beziehungsangebot annehmen kann, gewinnt er zunehmend Zugang auch zu seinem bisher nicht bewußten Erleben und dem, was er für Ihn bedeutet (Selbstempathie), kann sich zunehmend mehr als eine Person von Wert achten (Selbst-Wertschätzung), und sein Selbstbild stimmt zunehmend mehr mit seinen Erfahrungen überein (Abnahme von Inkongurenz durch Selbstkonzeptveränderung)." S. 242

23.4.3.1.7 **Verhaltenstherapien:** „sind Psychotherapien, die vor allem die Erkenntnisse aus der allgemeinen, der experimentellen und der Sozialpsychologie unter Berücksichtigung relevanter Nachbarsdisziplinen wie z.B. Neurophysiologie und Neuroendokrinologie zur Anwendung bringen und die in diesen wissenschaftlichen Bereichen entwickelten Theorien zur Begründung einer psychischen Störung und deren Behandlung heranziehen. Theoretische Grundlagen stellen besonders die verschiedenen Lerntheorien (operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Skinner; klassische Konditionierung nach Pawlow) dar." S. 243

„Die Entwicklung und Ausdifferenzierung von Verhalten ist ohne lernen nicht denkbar. Dementsprechend können Veränderungen der Verhaltensweisen von Menschen als Lernprozeß dargestellt und verstanden werden." S. 243

Hinter dem Begriff <<Verhaltenstherapien>> verbergen sich eine Reihe teils sehr unterschiedlicher Behandlungstechniken, von denen die wichtigsten dargestellt werden." S. 243

23.4.3.1.7.1 **Systematische Desensibilisierung**

„Sukzessive Konfrontation des Patienten mit angstauslösenden Situationen, zunächst in der Vorstellung (in sensu), dann auch in der Realität (in vivo). Therapievorbereitend erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren (z.B. progressive Relaxation nach Jacobson). Im entspannten Zustand wird auftretende Angst <<reziprok gehemmt>> (reziproke Hemmung, Gegenkonditionierung)“ S. 243

23.4.3.1.7.2 **Angstbewältigungstraining**

„Der Patient lernt, aufkommende Angst durch Entspannung zu kontrollieren und zu reduzieren. Der Patient lernt hierbei, Anzeichen zunehmender Spannung und Erregung zu registrieren und frühzeitig durch Entspannung zu bewältigen.“ S. 244

23.4.3.1.7.3 **Exposition und Reizkonfrontation [graduiertes Expositionsmanagment]**

„therapeutische Verfahren […], bei denen Patienten mit verschiedenen Angststörungen den aversiven Reizen, der gefürchteten Situation bzw. der gefürchteten Situation bzw. den gefürchteten Objekten direkt ausgesetzt werden. So konfrontiert man Zwangskranke nach Verhaltensanalyse und Hierarchisierung der Zwangsauslösenden Situationen mit Reizen: graduiertes Expositionsmanagment (Habituation)“ S. 244

„**Reizkonfrontation / Reizüberflutung (<<Flooding>>)** „wird ein Verfahren genannt, in dem der Patient so lange in der Angstsituation verbleiben muß, bis die Angst abnimmt. Dadurch kann die Erfahrung möglich werden, daß die angstauslösenden Situationen erträglich sind. Flucht- und Vermeidungsverhalten sind dabei grundsätzlich nicht zugelassen.“ S. 244

23.4.3.1.7.4 **Operante Methoden**

„Methoden, die zur Ausformung von Verhalten, zur Stärkung und zur Aufrechterhaltung (Stabilisierung) von Verhalten beitragen sollen (z.B. <<positive Verstärkung>> als Mittel zur Auftrittshäufigkeit erwünschten Verhaltens). Aber auch Techniken zum Abbau störender Verhaltensweisen (<<Bestrafung>>; <<Löschung>>)“ S. 244

23.4.3.1.7.5 **Aversionstherapie**

„Bildung bedingter Reflexe durch negative Verstärkung (Strafreize, z.B. elektrische Schläge, Brechmittel) Bei der Behandlung von sexuellen Deviationen oder Alkoholismus (eher obsolet!)“ S. 244

23.4.3.1.7.6 **Modellernen**

„Durch lernen am Verhalten einer Person oder eines Symbols (Modell) sollen neue Fertigkeiten erworben werden. Indiziert als Methode vor allem dann, wenn Patienten neue Fertigkeiten erwerben sollen, sie aber nicht in der Lage sind, diese allein aufgrund von Instruktionen zu lernen.“ S. 244

23.4.3.1.7.7 **Selbstsicherheitstraining / Rollenspiele**

„Begriff für ein komplexes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zum Abbau sozialer Ängste und zur Förderung sozialer Fertigkeiten und positiver Selbstwahrnehmung. Rollenspiele und Verhaltensübungen stellen die wesentlichsten therapeutischen Methoden dabei dar.“ S. 244

23.4.3.1.7.8 **Problemlösetraining**

„Strategien zur Erarbeitung von Problemlösungswegen in problematischen Situationen: Zunächst Problemformulierung, dann Erarbeitung von Alternativen und schließlich Auswahl der Alternative mit dem günstigsten Ergebnis. Besonders geeignet für

Patienten, die Schwierigkeiten haben, in problematischen Situationen angemessen zu reagieren bzw. die zu unüberlegten und impulsiven Reaktionen neigen.“ S. 244

23.4.3.1.7.9 **Selbstkontrolle**

„Bezeichnung für das Erlernen wirksamer Methoden zur Selbststeuerung, auch Selbststeuerung, auch Selbstmanagementtherapie genannt. Mittels verschiedener Methoden (z.B. Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Verhaltensverträge) soll der Patient in die Lage versetzt werden, aktuelle und zukünftige Probleme selbstgesteuert zu analysieren, zu beeinflussen und dauerhaft zu verändern.“ S. 245

23.4.3.1.8 **Kognitive Therapien**

„Methoden zum Abbau von krankmachenden Denkprozessen, Vorstellungen, Erwartungen. Durch Veränderungen von Denkmustern kommt es zu Änderungen von Verhalten. Kognitive Therapiekonzepte wurden z.B. zur Behandlung von Depressionen und Panikstörungen entwickelt. Das kognitive Vorgehen in der Depressionstherapie zielt auf die depressiv-negativen Vorstellungen und Erlebnisweisen ab (kognitive Triade der Depression nach Beck: negative Selbsteinschätzung, subjektive Überforderung durch die Umwelt, negative Zukunftsvorstellungen). Bei Panikstörungen (Angstanfällen) wird ein Erklärungsmodell für den Teufelskreis der Angst erarbeitet, aus dem dann die weiteren Behandlungsschritte abgeleitet werden.“ S. 245

23.4.3.2 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren // Entspannungsverfahren

23.4.3.2.1 Autogenes Training

„Verfahren nach Johannes Heinrich Schultz (1884 – 1970) zur konzentrativen (Selbst-)Entspannung. Besteht aus Übungen, zunächst unter Anleitung eines mit dem Verfahren vertrauten

Therapeuten, später nach Erlernen gut vom Patienten selbst zu üben. Die körpergerichteten Übungen umfassen:

- Übungen zu Ruhe und Schwere
- Übungen zum Erleben von Wärme
- Übungen zur Regulation bestimmter Organe (Herz) bzw. vegetativer Funktionen (Atmung)

Effekte: Entspannung, Beruhigung, Selbstkontrolle, Schmerzbekämpfung, Verbesserung des Körpergefühls. Indiziert besonders bei Patienten mit psychovegetativen Irritationen, Erschöpfungszuständen, Angst- und Unruhezuständen, Schlafstörungen.“ S. 245

23.4.3.2.2 Progressive Muskelentspannung

„Verfahren von E. Jacobson: Selbstentspannungstechnik auf der Grundlage einer psychophysiologischen Muskelarbeit. Praktische Übungen mit Entspannung der Gliedmaßen in ihren Einzelnen muskulären Anteilen und größerer Muskelgruppen. Indiziert bei Patienten mit psychosomatischen Störungen und Krankheiten, auch als Entspannungsverfahren bei Verhaltenstherapien.“ S. 245, 246

23.4.3.2.3 Hypnose

„Definiert als durch Suggestion herbeigeführter schlafähnlicher Zustand mit Bewußtseinseinengung und besonderem Kontakt zum Hypnotiseur. Die Bewußtseinssenkung bewirkt erhöhte Suggestibilität und fördert regressive Prozesse (Passivität, Hingabe). Bedeutsam für das Gelingen ist die Herstellung einer positiven affektiven Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand. Dadurch nimmt die Neigung zur Identifikation mit dem Arzt zu, und die suggerierten Vorstellungen werden eher angenommen. Herstellung eines hypnotischen Zustandes mit der Fixationsmethode […] führen in den hypnotischen Zustand. […] Indiziert bei Patienten mit positiver Suggestibilität und mit

bestimmten psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Herzphobie, Asthma). Kontraindikationen: Patienten mit Psychosen und Vergewaltigungstrauma in der Vorgeschichte.“ S. 246

23.4.3.3 Körperorientierte Verfahren

23.4.3.1 Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)

„Verschiedene körperbezogene Übungen unter Einschluß der Atmung mit dem Ziel <<Anspüren>> des eigenen Körpers und damit eine Verbesserung des Körpererlebens zu erreichen, und zwar durch ein Spüren des Körpers in vier Hauptpositionen (liegen, sitzen, stehen, gehen), durch Spüren des Körpers im Raum und durch Erspüren einzelner Körperfunktionen. […] Das Verfahren wird überwiegend in psychosomatischen Kliniken praktiziert, meist als Gruppenverfahren.“ S. 246

23.4.3.2 Funktionelle Entspannung

„Gemeinsam mit autogenem Training: konzentrative Selbstentspannung sowie angestrebte Selbstregulation gestörter Funktionen. […] Verfahren ohne feste Regeln, ausgehend von der Erfahrung, daß schon minimale Empfindungen, Vorstellungen, Fehlspannungen den persönlichen Atemrythmus stören können und daß dieser um so besser in eine optimale Gleichgewichtslage zurückfindet, je freier die Haltung des betreffenden Menschen ist, je mehr dieser sich <<zentriert in seiner Mitte>>.“ S. 247

„Der Patient empfängt sitzend oder liegend wertneutrale Anregungen zur Entspannung (z.B. Loslassen, Hergeben, Sich-fallen-lassen, Sich-gehen-lassen usw.) Diese Anregungen führen dazu, dass der Patient sich konkret in seinem Körper entdeckt und findet. […] Die FE ist – ähnlich wie das autogene Training – gut geeignet für Patienten mit psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten. Das Verfahren kann sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt werden.“ S. 247

23.5 Psychotherapie in der Psychiatrie

„Generell ist zu sagen, dass Psychotherapie grundsätzlich zum therapeutischen Behandlungsspektrum psychischer Erkrankungen gehört. Ziel: Beeinflussung im Sinne von erfolgreicher Veränderung von Leidenszuständen bzw. Verhaltensstörungen, Bewältigung psychosozialer Problemsituationen durch Vermittlung bzw. Erwerb generalisierter und stabiler Strategien zu effektiver und (als wesentliches Therapieziel) selbständiger Problembewältigung.“ S. 248

23.5.1 Formen der Psychotherapie

23.5.1.1 Einzelpsychotherapie

„eher nicht psychoanalytische Therapie, sondern biographisch orientierte Gespräche und Gespräche mit Zentrierung auf das Hier und Jetzt des Erlebens und Verhaltens; Vorteil: Bewußtseinsnähe, Emotionalität in unmittelbaren Zusammenhang mit derzeitigen Ereignissen/Erlerbnissen/Gefühlen).“ S. 248

23.5.1.1.1 interpersonelle Psychotherapie

„[…] begründet vor über 25 Jahren von Klermann und Weissmann. Die IPT ist als fokussierte Form von Kurztherapie (ca. 12-20, in der Regel einmal pro Woche stattfindende Einzelsitzungen) zu verstehen und wird vor allem bei der Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung zwischenmenschlicher Probleme, die mit dem Auftreten der Depression zusammenhängen. Der Therapeut verhält sich überwiegend aktiv-unterstützend und aufbauend. Die Kombination dieser Psychotherapiemethode mit Psychofarmaka, aber auch mit anderen Psychotherapieverfahren ist möglich und – je nach fallbezogener Indikation – sinnvoll.“ S. 248

23.5.1.2 Gruppenpsychotherapie

„insbesondere zur Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen sinnvoll. Nähe zu realen Gruppenbeziehungen im Leben des Patienten (<<Gruppe als sozialer Mikrokosmos>>). Nutzung und Mobilisierung der Gruppenkräfte: durch von Therapeuten geförderte Kooperation und Kohäsion zunehmende Offenheit und Vertrauen der Gruppenmitglieder, Förderung der Kommunikationsfähigkeit.“ S. 248, 249

23.5.1.3 Kurzpsychotherapie

23.5.1.4 Eventuell Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie

23.5.1.5 Beratende und psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen von Patienten

23.5.1.6 Ehepaar- bzw. Paartherapie

„z.B. psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische Behandlung sexueller Störungen.“ S. 249

23.5.1.7 Familientherapie

„1.Psychoanalytisch orientierte Familientherapie;

2.Systemische Familientherapie: Veränderung der Regeln der sozialen Interaktion im Familiensystem, z.B. Erkennung von Kollusionen (unbewusstem Zusammenspiel von Familienmitgliedern), (paradoxe) Interventionen des Therapeuten als Symptomverschreibungen oder Regelvereinbarungen“ S. 249

23.5.2 Allgemeine Therapieprinzipien

23.5.2.1 „Formulierung von Therapiezielen im Sinne eines interaktionellen Prozesses der Zielfindung, Zielvereinbarung, Zielsetzung

23.5.2.2 Spezifikation konkreter Behandlungsziele (Globalziele und Teilziele) und der zur Zielsetzung erforderlichen psychotherapeutischen Strategien

23.5.2.3 Evaluation der Teilziele (Korrektivfunktion)

23.5.2.4 Stützende (supportive) Psychotherapie als allgemeines Therapieprinzip relativ unabhängig von der zugrundeliegenden Störung“ S. 249

23.5.3 Supportive Psychotherapie

„ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifungsschritte initiiert. Der supportiv arbeitende Therapeut bietet dem Patienten Hilfe bei aktuellen Problemen und Konflikten an in dem er

- Eine nicht überfordernde, positiv getönte Beziehungsform bevorzugt und
- Handlungsanweisungen und Hilfen zur Abreaktion gibt

Mit einem solchen Vorgehen wird beabsichtigt, die akuten Symptome, Konflikte oder Dekompensationen abzumildern, bestenfalls zu beseitigen und die Abwehr zu stabilisieren, weil in Zuständen akuter Dekompensation eine kausale, konfliktbearbeitende Therapie häufig nicht möglich ist.“ S. 249, 250

23.6 Weiterbildung des Arztes in der Psychotherapie

„Auch für den nicht psychotherapeutischen/psychiatrisch tätigen Arzt wichtig: Erwerb von Kenntnissen in der Neurosenlehre, von Techniken der sogenannten <<kleinen Psychtherapie>> (ärztliche Gesprächsführung, Beratungstechniken, Kriseninterventionsstrategien; autogenes Training) sowie Teilnahme an Balint-Gruppen (Möglichkeit zur Kommunikation über Problempatienten)“ S. 251

„Allein das richtig genutzte ärztliche Gespräch bietet eine Fülle von Kommunikationsmöglichkeiten und Ansatzpunkten für (therapeutische) Problemlösungen durch

- Herstellung einer vertrauensvoll-stabilen, über die somatische Untersuchung hinausgehende Arzt-Patient-Beziehung
- Offenheit für Problembereiche des Patienten und
- Die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten.“ S. 251

23.7 Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation

23.7.1 Soziotherapie

„praktisch-therapeutische Anwendung sozialpsychiatrischer Theorien (Untersuchung und praktische Berücksichtigung sozialer Faktoren in Bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen). Unverzichtbare Komponente jeglicher psychiatrischen Therapie: Einsatz soziotherapeutischer Behandlungsformen, die mit der Annahme von Eigenverantwortung und eigener Entscheidung verbunden sind, statt Ausgliederung und Dauerhospitalisierung, deren häufige Folge das Institutionalismus- oder Hospitalismussyndrom ist mit Initiativverlust, Rückzug und Aufgabe der sozialen Rolle; in stark ausgeprägten Fällen Stereotypen, Einkoten, Aphatie ect.“ S. 256

23.7.2 Therapeutische Gemeinschaft

„Zusammenleben einer Gruppe von Behandelnden und Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus mit dem therapeutischen Ziel, psychisch Kranken die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Aufbau eines therapeutischen Systems mit offener Kommunikation, weitgehender Aufgabe hierarchischer Strukturen, Förderung persönlicher Entscheidungsfähigkeit und Beteiligung aller am therapeutischen Prozeß mit den damit verbundenen Grundrechten und Grundpflichten. Strukturierung des Tagesablaufes durch Arbeit und Freizeitgestaltung. Schaffung eines günstigen therapeutischen Klimas für die Anwendung einzelner Behandlungsmethoden.“ S. 256

23.7.3 Milieutherapie

„

- Angebot unterschiedlicher kommunikationsfördernder Therapieformen
- Vorwegnahme zukünftiger Anforderungen in der Gesellschaft (Probehandeln)
- Beteiligung aller Patienten an gemeinsamen Aufgaben
- Zahlreiche unterschiedliche Gruppen mit Behandlung von Rollenkonflikten und pathologischen Interaktionen

- Einbeziehung von Bezugspersonen wie Familie, Partner und Freunde in die therapeutische Arbeit
- Täglich, je nach Stationstyp auch seltener, stattfindende Stationsversammlung (Großgruppe) mit Ärzten und Krankenpflegepersonal (Plenum)“ S. 256, 257

23.7.4 Rehabilitation

„alle Maßnahmen zum Ausgleich einer Behinderung, deren Ziel die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation) sowie die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Erlangung größtmöglicher persönlicher Autonomie der Patienten ist.“ S. 263

23.7.4.1 Medizinische Rehabilitation

„funktionsfördernde ärztliche Maßnahme. Definitorisch beträchtliche Überschneidung mit medizinischer Behandlung. Begleitet die beiden anderen Bereiche der Rehabilitation.“ S. 263

23.7.4.2 Berufliche Rehabilitation

„Maßnahmen im Bereich der Arbeits- und Berufsfindung: Arbeitstherapie in der Klinik, Behinderten Werkstätten, beschütze Arbeitsplätze, freier Arbeitsmarkt; schulische und Berufsberatung, Umschulungsmaßnahmen; Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)“ S. 263

23.7.4.3 Soziale Rehabilitation

„Maßnahmen im Wohn- und Freizeitbereich. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung [eine] Schaffung von Wohnmöglichkeiten, etwa im Übungsheim, in der therapeutischen Wohnungsgemeinschaft, in freier Wohnungsgemeinschaft, schließlich selbständiges Wohnen. (Wieder)erlernen von Tages- und Freizeitgestaltung; Aufbau von sozialen Bezügen; Erreichen persönlicher Autonomie.“ S. 264

24. Suizidalität und Krisenintervention siehe S. 271 f.

24.1 Krisenintervention

Krise: „Plötzliches Ereignis oder Erlebnis, das von dem Betroffenen nicht unmittelbar verarbeitet werden kann.“ S.275

„Zwei prinzipielle Aspekte der Krise sind Herausforderung (Stimulus zur Bewältigung der Krise) und Bedrohung (Gefahr des Scheiterns von Bewältigungsversuchen und der Chronifizierung der Krise).

Dementsprechend [ist die] Dauer von Krisen einige Tage bis Monate. Meist akut auftretende Symptome in Krisen:
Angst/Verzweiflung, Depressivität, erhöhte Suggestibilität, evtl. Suizidgefahr.

Häufigkeit schwer abschätzbar;

Krisen und deren Bewältigung gehören zu den Grunderfahrungen im Leben von Menschen (normale Lebenskrisen).

Die meisten Krisen werden durch nichtproffesionelle Hilfe (Angehörige, Freunde etc.) gelöst.

[Eine] Krisenhäufung [ist] bei psychisch labilen und psychisch kranken Menschen gegeben.“ S. 276

24.1.1 Phasenablauf von Krisen

A. Schockphase: Spannungsanstieg durch ein bestimmtes Erlebnis
B. Reaktionsphase: Verwirrung und Hilfslosigkeit
C. Bearbeitungsphase: Mobilisierung von Energien, Einsatz von Notfallmechanismen
D. Neuorientierung: Distanzierung von der akuten Irritation, Suche nach Neubeginn Vgl. S. 276

24.1.2 Therapie der Krisen

„Krisenintervention, d.h. zeitlich auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie.“ S. 276
„Krisenintervention ist in der Regel eine kurzfristige Hilfe“ S. 277

24.1.2.1 Prinzipien des therapeutischen Vorgehens

„

- Sofortiges Eingreifen (zur Vorbeugung einer möglichen Chronifizierung der Krise und um Abwehrtendenzen zu begegnen);
  - Errichten einer funktionsfähigen Beziehung;
  - Abschätzen des Zustands des Betroffenen
  - Abschätzen des Schweregrads des Problems, insb. einer eventuellen Suizidalität
  - Unterbrechung pathologischer Kommunikation
- Aktives pragmatisch-flexibles Vorgehen des Helfers (Verzicht auf Deutungen o.ä.)
- Klärung der Krisensituation in Grundzügen (z.B. auslösende Situation, Kommunikationsmuster)
  - Beschränkung auf Konfrontation mit gegenwärtigen Problemen
  - Fokusformulierung (d.h. Bearbeitung des Hauptkonfliktes innerhalb der Krise)
- Motivation zur Selbsthilfe, evtl. Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
- Einbeziehung von Bezugspersonen (z.B. Lebenspartner)
- Evtl. psychopharmakologische Unterstützung
- Organisation von Nachbetreuung (besonders bei Sichtbarwerden schwerer, langanhaltender Konflikte)“ S. 276, 277

24.1.2.2 Ziele der Krisenintervention

„

- Entlastung in der akuten Situation
- Klärung der Faktoren, die in die Krise geführt haben
- Erörterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erlernen von Bewältigungsmustern für mögliche künftige Krisen“ S. 277

24.1.2.3 Grenzen der Krisenintervention

„

- Wenn z.B. Suizidalität fortbesteht und sofern
- Weitere diagnostische Abklärung erforderlich oder
- Weitere und längere Therapie indiziert ist oder
- Soziale Barrieren (z.B. fehlende Einsicht, Sprachbarrieren) bestehen“ S. 277

24.1.2.4 Besonderheiten der Krisenintervention bei Suizidpatienten

„

- Beginn der Krisenintervention:
    - Suizidpatienten sind häufig nur unmittelbar um ihren akuten Konflikt bzw. Suizidversuch herum offen für Krisenintervention bzw. Kurztherapie.
    - Anschließend (nach erfolgtem Suizidversuch) in der Regel rasches Einsetzen von Abwehrvorgängen gegenüber dem auslösenden Konflikt
- Diagnostische Abklärung [von] der […] Suizidalität zugrundeliegenden Störung/Erkrankung
- Mehrfache Beurteilung der akuten Suizidalität und Indikationsstellung zu über die Krisenintervention hinausgehenden Therapieschritten (z.B. Klinikeneinweisung)“ S. 278

24.1.2.5 Probleme im Umgang mit Suizidpatienten

24.1.2.5.1 Das Behandlungsklima – emotionalisierende Faktoren

„[…] Affekte wie z.B.

- ***Angst*** (suizidale Patienten verhalten sich gelegentlich abweisend und lehnen Hilfsangebote ab)
- Ärger (z.B. über Appellcharakter/Demonstrativität/Agressivität suizidalen Verhaltens; ***Fehlschluß***, derartiges Verhalten nicht ernst nehmen zu müssen)
- ***Schuldgefühle*** (z.B. aus früheren mißglückten Interventionen). Hinzu kommen evtl. eigene Suizidalität und Selbstwertproblematik des Therapeuten sowie bestimmte Einstellung dem Suizid gegenüber (z.B. Gleichgültigkeit oder Verurteilung)“ S. 278

24.1.2.5.2 Häufige therapeutische Fehler

„

- Anfänglich abweisendes Verhalten des Patienten wird persönlich genommen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten werden vom Therapeuten mitgemacht (Abwehr)
- Therapeut und Patient begeben sich zu schnell auf die Suche nach positiven Veränderungsmöglicheiten (Entfernung vom auslösenden Konflikt; Abwehr)
- Therapeut unterteilt den Suizidversuch in ernst gemeint oder demonstrativ und behandelt den Patient entsprechend
- Mangelhafte Erhebung einer Suizidanamnese (d.h. der jetzigen und evtl. frühere Umstände, die zu Suizidalität führten)
- Übersehen der Trennungsängste des Patienten (z.B. bei Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)“ S. 278

24.1.2.5.3 Für Krisenintervention zur Verfügung stehende Institutionen

„

- Krankenhäuser (wenn stationäre Überwachung und Behandlung erforderlich; ggf. Kriseninterventionsstationen)
- ambulante Dienste (möglichst gemeindenah)
    - niedergelassene Therapeuten
    - Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste
    - Andere ambulante Dienste (z.B. Polikliniken, Kriseninterventionszentren, Beratungsstellen, mobile Dienste)
    - Telefonnotrufe (z.B. Telefonseelsorge)“ S. 278, 279

24.1.2.5.4 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität

„Krisen treten in der Regel *akut* auf; Abklingen mit oder ohne professionelle Hilfe (aber mit sozialer Unterstützung) in der Regel innerhalb kurzer Zeit.“ S. 279

„Chronifizierung bei langwährenden bzw. lebenslangen Grundkonflikten oder Fehlentwicklungen (z.B. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) sowie bei mangelnder sozialer Unterstützung. Gleiches gilt für suizidale Krisen.“ S. 279

25. Konsiliar- und Laisonpsychiatrie

25.1 Konsiliarpsychiatrie

„Konsultation eines Psychiaters für Patienten auf nichtspychiatrischen Stationen zur Abklärung psychiatrisch relevanter Fragestellungen. Der Konsiliarpsychiater führt eine Untersuchung mit dem Patienten durch und berät die anfordernden Kollegen bzw. auch das therapeutische Team bzgl. der angerforderten Fragestellung.“ S. 282

25.2 Liasonpsychiatrie

„spezifisches Konzept der näheren Zusammenarbeit zwischen nichtpsychiatrischen Stationen und Psychiatern. Der Psychiater ist Bestandteil

des Teams, nimmt an den Visiten teil und ist für Ärzte und Schwestern leichter erreichbar.“ S. 282

26. Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie

„Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit im Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten psychischer Krankheiten in den unterschiedlichsten Bereichen der Gerichtsbarkeit.“ S. 286

27. Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik

„Fragen der allgemeinen menschlichen Ethik, bezogen auf spezielle psychiatrische und psychotherapeutische Probleme. Entwicklung eines ethischen Verhaltenskodex.“ S. 304

27.1 Zwangseinweisung

„Im Unterschied zu den meisten auf Freiwilligkeit basierenden Behandlungen in der somatischen Medizin fehlt bei vielen psychiatrischen Patienten Krankheitseinsicht;

häufig Verweigerung notwendiger Behandlung (psychisches Kranksein ist größere Kränkung als körperliche Krankheit).

Abwägung zwischen dem Recht auf individuelle Freiheit des Patienten und dem Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz des Patienten vor Selbstgefährlichkeit z.B. bei wahnhafter Depression ist erforderlich!“ S. 304, 305

27.2 Behandlung von suizidalen Patienten

„Der Patient sollte über die verschiedenen Methoden aufgeklärt werden, mit denen seine Störung behandelt werden kann. Die Vorteile/Nachteile/Risiken sollten erläutert werden. Der Patient sollte insbesondere in der Psychotherapie an der Wahl der Methode beteiligt sein. In der Regel sollte keine spezielle Methode als allein erfolgsversprechend vom Behandler avisiert werden.

Aufklärung sollte auch erfolgen über die Konsequenzen zumindest mittelfristiger und längerfristiger Psychotherapien: Labilisierung durch Infragestellung bisheriger Lebenskonzepte immer mit zu erwarten! (Es kommt im Verlauf von Psychotherapien nicht selten zu Trennungen und Scheidungen.)“ S. 306

28. Historisches

„Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde bereits im griechisch-römischen Altertum. Entwicklung der Psychiatrie im heutigen Sinne erst in den letzten 200 Jahren) […] Behandlung psychischer Störungen durch Isolierung, Sicherung des Kranken in Räumen mit hochliegenden Fenstern. Massage, mäßiger Aderlass, Diät, Lokalbehandlung des Kopfes durch Ölumschläge oder Schröpfen. Stärkung des Verstandes durch kritisches Lesen von Texten, durch Fragestellen oder Theaterspielen, auch Brettspielen und Reisen.“ S. 310

„Verbreitung der griechischen und römischen Heilkunst durch die Araber in den von ihnen eroberten Gebieten Europas. Gründung der ersten Spezialanstalten für Geisteskranke u.a. in Damaskus, Kairo, Granada. Gute Pflege der Irren, Wohlwollen gegenüber der Geisteskranken.

Im Mittelalter Weiterführung der arabischen Tradition besonders durch die Spanier, dann auch in Frankreich, England und Deutschland.“ S. 311

Ende der Zusammenfassung

